



بسمه تعالی
فرم درخواست تعیین صندوق بیمه
براساس آیین نامه استخدامی مصوب هیات امنای دانشگاه ولایت

شماره:
 تاریخ:

ورود به دبیرخانه
 دانشگاه ولایت

درخواست عضو متقاضی

معاون محترم اداری و مالی دانشگاه ولایت
 باسلام

احتراما، به استحضار می رساند، اینجانب فرزند به شماره ملی و کد مستخدم به شماره پست سازمانی/قرارداد با عنوان و شاغل در واحد که از تاریخ / / ۱۳ به رسمی آزمایشی تبدیل وضعیت یافته ام، با آگاهی کامل از ضوابط و مقررات، صندوق واریز کسور بیمه و بازنشستگی خود را (صندوق) از تاریخ / / ۱۳ انتخاب می نمایم، خواهشمند است دستور فرمایید هنگام صدور حکم رسمی آزمایشی اینجانب، موضوع یادشده مد نظر قرار گیرد. ضمنا متعهد و ملزم می شوم، کلیه شرایط و عواقب بعدی را شخصا پذیرفته و مابه التفاوت نقل و انتقال سوابق حق بیمه و سایر هزینه های ناشی از تغییر صندوق را پرداخت نمایم و هیچ گونه مسئولیتی متوجه دانشگاه ولایت نمی باشد و حق هیچگونه ادعا و اعتراضی به دانشگاه ندارم.

نام و نام خانوادگی:
 امضاء و تاریخ

اقدام با ترتیبات خاص

مدیر محترم امور اداری و پشتیبانی دانشگاه ولایت
 باسلام و احترام

با عنایت به درخواست عضو متقاضی، نسبت به صدور حکم تغییر صندوق بیمه ای، از تاریخ / / ۱۳ (تاریخ تبدیل وضعیت به رسمی آزمایشی) اقدام نمایید.

معاون اداری و مالی دانشگاه
 نام و نام خانوادگی و امضاء

ریاست محترم اداره کارگزینی دانشگاه
 باسلام

احتراما با عنایت به درخواست عضو و دستور معاون محترم اداری و مالی، نسبت به صدور حکم تغییر صندوق بیمه ای، از تاریخ / / ۱۳ (تاریخ تبدیل وضعیت به رسمی آزمایشی) اقدام نمایید.

مدیر امور اداری و پشتیبانی دانشگاه ولایت
 نام و نام خانوادگی و امضاء

*در صورت عدم ارائه مدارک مورد نیاز و عدم ثبت درخواست، این فرم قابل طرح و بررسی نبوده و هیچ حقی برای فرد متقاضی ایجاد نکرده و دانشگاه، تعهدی برای پذیرش و اعمال درخواست نخواهد داشت.
 *تبعات ناشی از تکمیل اشتباه فرم درخواست تغییر صندوق بیمه، متوجه شخص متقاضی می باشد.