



شماره:

تاریخ:

"فرم تقاضای انتقال کسور بازنشستگی یا حق بیمه از سایر صندوقها به صندوق بازنشستگی کشوری"

اداره کل / مدیریت بازنشستگی استان.....

با سلام و احترام

اینجانب..... به شماره ملی..... مستخدم دستگاه / سازمان.....

دارای سابقه پرداخت کسور بازنشستگی / حق بیمه به شرح جدول ذیل نزد صندوق بازنشستگی..... می باشم.

ردیف	از تاریخ	تا تاریخ	نام موسسه / سازمان محل خدمت	نوع موسسه / سازمان		کد شعبه بیمه پردازی / شهر
				دولتی	غیر دولتی	
۱						
۲						
۳						
۴						

و تقاضا دارم در اجرای قانون نقل و انتقال سوابق بیمه یا کسور بازنشستگی بین صندوقهای بازنشستگی و تجميع سوابق بیمه ای اشخاص مصوب سال ۱۴۰۲ نسبت به انتقال کسور بازنشستگی / حق بیمه اینجانب از صندوق بازنشستگی..... به صندوق بازنشستگی کشوری اقدام مقتضی معمول گردد.

نشانی و تلفن تماس:

تاریخ تقاضا:

نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی:

تاییدیه دستگاه:

سابقه خدمت دولتی اعلام شده به شرح جدول بالا توسط آقا/خانم..... با شماره ملی..... در موسسه / سازمان..... به مدت..... سال..... ماه..... روز مورد تایید و مدت مذکور در احکام کارگزینی ایام اشتغال نامبرده منظور و احتساب گردیده است.

تاریخ: ---/---/----

نام و نام خانوادگی - مدیر کل منابع انسانی و پشتیبانی

مهر و امضاء: