

شماره پرونده:

تاریخ درخواست:

فرم درخواست تسهیلات بیمه تامین اجتماعی

دانشجوی عزیز، ارایه اطلاعات ناقص همراه با قلم خوردگی یا مخدوش بودن درخواست، به منزله عدم بررسی و اجابت آن تلقی می‌گردد.

شماره دانشجویی:

دانشکده:

دانشگاه:

شروع تحصیل:

رشته تحصیلی:

مقطع تحصیلی:

نام پدر:

نام خانوادگی:

نام:

تاریخ تولد:

کدملی:

محل تولد:

اینجانب تعهد می‌نمایم که کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را صادقانه تکمیل نموده‌ام و در صورتی که مطلبی خلاف واقع در این اطلاعات مشاهده و اثبات گردد، همه وجوه دریافتی را طبق دستورالعمل پرداخت و بازپرداخت صندوق، به صندوق رفاه دانشجویان پرداخت می‌نمایم و پس از آن نیز حق استفاده از وام یا کمکهای صندوق رفاه دانشجویان را نخواهم داشت. همچنین متعهد می‌گردم چنانچه به هر دلیل قطع رابطه آموزشی برای اینجانب رخ داد مراتب را سریعاً به اداره رفاه دانشگاه اطلاع داده و نسبت به پیگیری تا زمان ثبت این موضوع در سیستم یکپارچه صندوق، اقدام نمایم و بدینوسیله موافقت می‌نمایم که از زمان ثبت نام تا مادامی که پوشش بیمه‌ای اینجانب برقرار است میزان پرداختی صندوق به بیمه تامین اجتماعی بر اساس تعرفه های مصوب جزء بدهی اینجانب لحاظ شود. همچنین به صندوق اختیار بی قید و شرط میدهم تا نسبت به تعیین نرخ پرداخت حق بیمه انتخابی و اعلام آن به سازمان بیمه تامین اجتماعی از طرف اینجانب اقدام نماید.

تاریخ و امضای دانشجو

ضمن تایید صحت اطلاعات مندرج در فرم درخواست با پرداخت تسهیلات تامین اجتماعی به نامبرده موافقت گردید.

امضا و مهر مدیر امور دانشجویی دانشگاه

امضا و مهر رئیس اداره رفاه دانشجویان

امضا و مهر معاون دانشجویی و فرهنگی دانشگاه