



## فرم درخواست باز خرید

شماره سند: FM-HR-21\_01

تاریخ: / / ۱۴

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

اینجانب ..... به شماره پرسنلی ..... شاغل در پست شرکتی ..... با مدرک تحصیلی ..... دارای ..... سابقه کار با استناد به دستورالعمل قطع همکاری و با اطلاع از مفاد دستورالعمل مذکور بدین وسیله درخواست باز خریدی خود را اعلام نموده تا در صورت موافقت اقدام شود.

اینجانب بر این امر واقف هستم که باز خریدی به منزله پایان همکاری اینجانب در شرکت بیمه آرمان بوده و اشتغال مجدد در شرکت مذکور امکان پذیر نمی باشد. همچنین متعهد می گردم پس از باز خریدی و خاتمه خدمت هیچ گونه ادعا و تقاضایی به منظور دریافت حقوق یا اشتغال به کار مجدد نداشته و نخواهم داشت.

<b>درخواست دهنده</b>	تاریخ خروج پیشنهادی: .....	
<b>نظر مسئولین مافوق</b>	نام / تاریخ / امضا	نام / تاریخ / امضا
	نظر معاون مربوطه (در صورت وجود):  تاریخ خروج پیشنهادی: .....	نظر مقام مافوق مستقیم فرد:  تاریخ خروج پیشنهادی: .....
<b>مدیر منابع و تعالی سرمایه انسانی</b>	نظر معاون اجرایی:	
	نام / تاریخ / امضا	تاریخ خروج پیشنهادی: .....
<b>مدیر منابع و تعالی سرمایه انسانی</b>	نظر مدیرعامل:	
	نام / تاریخ / امضا	تاریخ خروج پیشنهادی: .....
<b>مدیر منابع و تعالی سرمایه انسانی</b>	درخواست مذکور در دو نسخه مورخ ..... در مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی شرکت ثبت و یک نسخه به متقاضی تحویل گردید.	
	نام / تاریخ / امضا	تاریخ نهایی خروج: .....