



فرم کمک هزینه فوت

مدیریت محترم توسعه سازمان و سرمایه انسانی دانشگاه

با سلام و احترام

خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به پرداخت کمک هزینه فوت مرحوم (بازنشسته دانشگاه/ همسر/ فرزند/ مادر/ پدر)، به شرح زیر اقدام لازم بعمل آورند.

نام و نام خانوادگی درخواست دهنده:

شماره دفتر کل:

شماره ملی بازنشسته:

نام متوفی:

تاریخ فوت:

شماره تماس درخواست کننده:

امضای متقاضی و تاریخ درخواست

نام و امضای کارشناس بازنشستگی

موارد درخواست بررسی شد