



فرم شماره ۵  
کمک هزینه فوت

## مدیر محترم توسعه سازمان و سرمایه انسانی دانشگاه

با سلام و احترام

خواهشمنداست دستور فرمایید نسبت به پرداخت کمک هزینه فوت وابستگان اینجانب

کارمند بازنشسته دانشگاه به .....

شماره دفتر کل : ..... اقدام گردد.

نام و نام خانوادگی مرحوم/ مرحومه : .....

تاریخ فوت : .....

آدرس سکونت و شماره تلفن : .....

.....

### امضاء متقاضی

تاریخ درخواست : .....

مطالب فوق مورد تأیید است . مدارک بررسی و برابر اصل شد.

نام و امضاء کارشناس امور اداری بازنشستگی