附件1

无为市人大常委会办公室选调工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓  名 |   | 性 别 |   | 出生年月 |   | 1寸彩照粘贴处 |
|  | 民  族 |   | 籍 贯 |   | 出 生 地 |   |
|  | 入 党时 间 |   | 参加工作时间 |   | 健康状况 |   |
|  | 专业技术职务 |   | 报考单位 |   |
|  | 学  历学  位 | 全日制教  育 |   | 毕业院校系及专业 |   |
|  | 在  职教  育 | 　 | 毕业院校系及专业 |   |
|  | 身份证号码 |   | 联系手机 |   |
|  | 现工作单位及职务 |   | 编制性质 |   |
|  | 简历（必须符合规定格式） |                       |
| 奖惩情况 |   |
| 历年年度考核结果 |   |
| 家庭主要成员及重要社会关系（主要指父母配偶、子女、岳父母等） | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政 治面 貌 | 工作单位及职务 | 是否有回避关系 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| 诚信承诺 | 本人上述所填写的情况和提供的相关材料、证件均真实、有效，若有虚假,责任自负。                          报考人签名:                                         年   月   日       |
| 选调单位审核意见 |   （盖章）                                年月日  |

附件2

同意报考证明

兹有我单位工作人员              同志，（男/女），身份证号码：                        。其本人要求报名参加2020年无为市人大常委会办公室公务员选调考试，我单位同意其报考，并保证其如被录用，将配合有关部门办理其档案、编制、工资、党团等关系的转移手续。

该同志在我单位的工作起止时间为：年月至年月。

    特此证明。

单位主要负责人签字：

              单位（盖章）

年  月  日