**附件3.2：**

承 诺 书

(往届生)

姓名 \_\_\_\_\_\_\_性别 \_\_\_身份证号码 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

报考岗位 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人报名参加昆明市东川区卫生健康局下属事业单位2020年脱贫攻坚急需紧缺人才引进的考试，郑重承诺：

我保证:

1.符合《昆明市东川区卫生健康局下属事业单位2020年脱贫攻坚急需紧缺人才引进公告》所要求的资格条件，是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 大学 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业的考生；

2.所填写的信息和所提供的材料（包括复印件）真实有效。

本人如有违反上述承诺事项，愿承担一切后果。

承诺人：

日期：