附件3

寿阳县2024年**事业单位公开招聘工作人员**考生自愿放弃资格复审承诺书

姓名： 性别： 联系方式：

准考证号： 身份证号：

报考职位：

资格复审时间：2024年6月 日至6月 日

因

本人自愿放弃寿阳县2024年事业单位公开招聘工作人员资格复审及后续环节，产生一切后果由本人自己承担。

签字： （手印）

日期： 年 月 日

–––––––––––––––––––––––––

接收人： 接收日期： 年 月 日