附件2

企业职工因工和非因工伤残或因病提前退休公示表

（公示时间：20 年 月 日至20 年 月 日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 档案记载的出生年月 | | | 年 月 | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | |
| 参加工作时间 | | 年 月 | | 拟办退休(职)时间 | | | 年 月 | | | | |
| 本人工作经历 | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | 所在单位 | | | | | | | | | 证明人 | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  | |
| 个人缴费起始时间 | 年 月 | | | 实际缴费年限 | | | | 年 月 | | | |
| 合计缴费年限 | 年 月 | | | 视同缴费年限 | | 年 月 | | | 减少的视同缴费年限 | | 年 月 |
| 劳资人事部门意见 | 经办人 盖 章  年 月 日 | | | | 工会  意见 | | 经办人 盖 章  年 月 日 | | | | |
| 单 位  意 见 | 法人代表签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

1.此表依照本人档案记载和国家、省有关规定如实填写；

2.国发﹝1978﹞104号文件对因工和非因工伤残或因病提前退休的规定：

（1）男年满五十周岁，女年满四十五周岁，连续工龄满十年，由医院证明，并经劳动鉴定委员会确认，完全丧失劳动能力的。

（2）因工致残，由医院证明，并经劳动鉴定委员会确认，完全丧失劳动能力的。

3.在本单位公示栏内公示5个工作日以上，接受单位职工群众的监督；

4.本表一式二份，公示、本人档案各一份；

5.单位监督电话；