附件：

重庆市公益性岗位报名申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 身份证号 | | |  | | |
| 是否有商业类保险 | 是否财政供养人员 | 是否办理了工商营业执照 | | | 用工类型 | 家庭住址 | 联系电话 |
|  |  |  | | | 道路交通安全劝导 |  |  |
| 请抄录以下内容并盖章：本人承诺，提供的信息真实有效，如有不实，愿意承担一切责任。  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  申请人签字（拇印）：  2024年 月 日 | | | | | | | |
| 所在村（居）委会意见 | | | 负责人： （盖章）  2024 年 月 日 | | | | |
| 社保部门核查意见 | | | | 负责人： （盖章）  2024年 月 日 | | | |