**اینجانب به شماره ملی و شماره بیمه بازنشسته سازمان تامین اجتماعی بوده و بدلیل اینکه مستمری پرداختی جوابگوی نیازهای روزمره نیست، نیاز به اشتغال مجدد داشته، لکن از عواقب آن از سوی اداره تأمین اجتماعی کاملاً آگاهی داشته و متعهد می‌گردم چنانچه جریمه‌ای متحمل موسسه خیریه همره گردد، کلیه مسئولیت‌های قانونی آن را برعهده گرفته و هزینه‌های احتمالی آن را پرداخت خواهم نمود.**

**امضا و اثر انگشت متعهد**