اینجانب ............................... به کد ملی ......................... پرسنل مرکز ....................... می باشم. از آنجائیکه قرارداد اینجانب در تاریخ ............................. به اتمام رسیده است، لطفا نسبت به پرداخت آخرین حقوق ماه ......................... اقدامات لازم را مبذول فرمایید.

لازم به ذکر است مسئولیت جرائمی که بعد از تاریخ اتمام قرارداد از طرف اداره کار و تامین اجتماعی به موسسه تعلق گیرد، تماماً به عهده اینجانب می‌باشد.

امضا و اثر انگشت کارپذیر

مراتب فوق در حضور اینجانب .................................. مدیر مرکز .......................... تکمیل و مورد تایید اینجانب می‌باشد.

مهر و امضا مدیر