附件3

自愿放弃公务员（参公管理）身份承诺书

本人　 　，性别 ，身份证号： ，自愿参加安顺市医疗保障局所属事业单位2025年公开选调，报考 职位（报考单位及岗位名称）。我已仔细阅读《安顺市医疗保障局所属事业单位2025年公开选调工作人员公告》，现承诺如下：

因本人报考岗位为安顺市医疗保障局所属事业单位岗位，特承诺自愿放弃公务员（参公管理）身份，不再享受公务员（参公管理）身份人员待遇。

　　特此承诺。

承诺人：

 年 月 日