附件5

**自愿放弃公务员（参公管理人员）身份承诺书**

**威宁自治县卫生健康系统所属事业单位2025年面向县内外机关事业单位在职在编人员公开考调工作专班**：

本人 ，性别 ，身份证号：

现工作单位：　　　　　　　　　　　　　，身份为 （公务员、参公管理人员），现报名参加威宁自治县卫生健康系统所属事业单位2025年面向县内外机关事业单位在职在编人员公开考调，报考 岗位（岗位代码及名称），考调后自愿放弃公务员（参公管理人员）身份，离开公务员（参公管理人员）岗位后，按规定履行退出登记备案手续。

承诺人：签字（手印）

年 月 日