附件3

百色市西林县2024年度事业单位公开招聘工作人员放弃声明

西林县人力资源和社会保障局：

本人姓名： ，身份证号码： ，联系方式 ,放弃事由 ， 准考证号码： ，报考单位 ，报考岗位 （岗位代码： ），已入围该岗位面试资格复审，现本人自愿放弃参加面试资格审查，一切后果由本人自行承担。

特此声明

签 名（考生本人手写、手印）：

年 月 日

附：考生本人身份证复印件