**个 人 声 明**

因本人属于第 种情形并已完全缴纳了 年年度社会保险，即：①农村社会养老保险及新型农村合作医疗保险；②城镇灵活就业人员基本养老保险及基本医疗保险；③其他，指买断工龄，但基本养老保险及基本医疗保险由原单位负责缴纳。

本人： 居民身份证号： 。特此声明甲方不再为个人缴纳养老、医疗、失业等各项社会保险，承诺由此带来的各种不利后果本人承担，并放弃向人力资源和社会保障部门申诉及法院上诉的权利。

声明人（签字按手印）：

年 月 日