放弃资格审查资格声明

本人（姓名： ，身份证号： ）自愿放弃2024年□“三支一扶”计划□社区民生志愿服务计划（请在□中打√）资格审查资格。

声明人：（手写签字）

年 月 日

**请在此复印本人身份证正面**