# فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمون استخدامی مورخ 28/11/1401(کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیما در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انستیتو پاستور و فوریت‌های پزشکی خدمت نموده‌اند.)

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی/ مرکز/ انستیتو..............

بیمارستان/ مرکز.......

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی:

رابطه استخدامی/کاری:

قراردادی( کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...) شرکتی متعهدین خدمت مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان شغل | مدرک تحصیلی | مقطع تحصیلی | واحد محل خدمت | تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا | تاریخ پایان  فعالیت در مراکزدرگیر کرونا | مدت زمان خدمت در مراکز درگیرکرونا | | امتیاز\* |
| روز | ماه |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* به ازاء هر ماه ۲ امتیاز ، 15 روز یک امتیاز و کمتر از 15 روز امتیازی تعلق نمی گیرد.

نام و امضاء مسئول مستقیم نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

نام وامضاء معاونت مربوطه

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رئیس دانشگاه/دانشکده | معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه | مدیر حراست دانشگاه | مدیر اداره بازرسی دانشگاه | نماینده سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان |
| نام و نام خانوادگی  امضاء | نام و نام خانوادگی  امضاء | نام و نام خانوادگی  امضاء | نام و نام خانوادگی  امضاء | نام و نام خانوادگی  امضاء |