فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدام پیمانی مورخ 24/11/99 دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی/مرکز/انستیتو ...........................

بیمارستان/مرکز:.......................................................

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی:

رابطه استخدامی/کاری: قرارداد کار معین قرارداد پزشک خانواده قرارداد مشاغل کارگری شرکتی قرارداد 89 روزه طرحی مشمول قانون پزشکان و پیراپزشکان

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان پست/ شغل | مدرک تحصیلی | مقطع تحصیلی | واحد محل خدمت | بخش/ قسمت مربوطه | تاریخ شروع فعالیت در مراکزدرگیر کرونا | تاریخ پایان  فعالیت در مراکز درگیر کرونا | مدت زمان خدمت (به روز) | امتیاز |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*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

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 برنامه ریزی 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 |