

بسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدام پیمانی مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۲
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

الف) مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کد ملی: بیمارستان/ مرکز:

ب) رابطه استخدامی/کاری: قرارداد کار معین قرارداد پزشک خانواده قرارداد مشاغل کاری شرکتی
 قرارداد ۸۹ روزه طرحی مشمول قانون پزشکان و پیراپزشکان متعهدین خدمت (ضریب کا)

پ) این جدول توسط واحد محل خدمت تکمیل می گردد :

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

* به ازاء هر ماه ۲ امتیاز، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی گیرد.

نام و امضاء مسئول کارگزینی

نام و امضاء مسئول مستقیم

نام و امضاء مسئول گسترش/مترون

نام و امضاء مسئول امور عمومی

نام و امضاء رئیس مرکز بهداشت/مدیر بیمارستان

نام و امضاء حراست

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

رئیس دانشگاه/دانشکده	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء