

باسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

در آزمون استخدامی دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور (کارکنانی که بیمارستان‌های دولتی به جز توابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا در بیمارستان‌های خصوصی، سازمان تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، خیریه و ... به صورت قرارداد کار معین، کارگری، شرکتی که در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا (کووید ۱۹) 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

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

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

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

نام و امضاء مسئول مستقیم

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