

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

در آزمون استخدامی دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور (کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیماً 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

| 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 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 برنامه‌ریزی 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 |