

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

در آزمون استخدامی دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

(کارکنانی که در راستای وظایف و مأموریت های 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 فوریت های پزشکی خدمت نموده اند.)

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان/ مرکز :

مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی:

رابطه استخدامی/کاری:

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

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

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

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

نام و امضاء مسئول مستقیم

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

نام و امضاء معاونت مربوطه
مراتب فوق مورد تایید می باشد.

رئیس دانشکده	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشکده	مدیر حراست دانشکده	مدیر اداره بازرسی دانشکده	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