

بسم تعالی

فرم تأیید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمون استخدامی (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، انسیتو باستور و فوریت‌های پزشکی خدمت نموده اند)

محل خدمت در دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / مرکز / انسیتو بیمارستان / مرکز

در آزمون استخدام پیمانی ۱۴۰۲ در دانشگاه علوم پزشکی ثبت نام نموده ام

میزان خود اظهاری داوطلب:

در صورتی که بغیر از این فرم در واحد دیگر فرم کرونا تکمیل و ارائه نموده اید در این قسمت اعلام نمایید

..... ماه روز

۱..... ۲..... ۳.....

قبلا در آزمون استخدام قراردادی، پیمانی از امتیاز کرونا برای استخدام در دانشگاه علوم پزشکی استفاده نموده ام و قبول شده ام نشده ام

امضاء

کد ملی:

نام پدر:

نام و نام خانوادگی مشمول:

رابطه استخدامی / کاری:

قرارداد (کارمین، مشخص، مشاغل کارگری و...) شرکتی متعهدین خدمت طرحی مشمول قانون پزشکان و پیراپزشکان

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

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
نام و نام خانوادگی دکتر رضا احمدی امضاء	نام و نام خانوادگی دکتر ایرج مرادی امضاء	نام و نام خانوادگی سعید عابدی امضاء	نام و نام خانوادگی حمیدرضا آذر مهری امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء

مدت تایید شده خدمت مستقیم مشمول امتیاز کرونا توسط کمیته : ماه روز (به حروف و عدد نوشته شود)