

باسمه تعالی

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 ماموریت 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.)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جیرفت

بیمارستان/مرکز :

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کد ملی :

رابطه استخدامی/کاری:

شرکتی

قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری)

مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

متعهدین خدمت

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
	ماه	روز						

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

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز:

نام و امضاء مسئول مستقیم:

مراتب فوق به مدت ماه و روز مواجهه مستقیم (معادل امتیاز) مورد تایید می باشد.

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات 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