

بسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمون های استخدامی (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، انسیتو پاستور و فوریت های پزشکی خدمت نموده اند).

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / مرکز / انسیتو.....

بیمارستان / مرکز.....

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کد ملی:

رابطه استخدامی/کاری:

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

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

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

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 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