

بسمه تعالی

**فرم تایید سوابق خدمتی مضمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون های استخدامی**

**دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / مرکز / انستیتو.....**

بیمارستان / مرکز.....

نام و نام خانوادگی مضمول: نام پدر: کد ملی:

رابطه استخدامی/کاری:  قرارداد کار معین  قرارداد پزشک خانواده  قرارداد مشاغل کاری  شرکتی   
 قرارداد ۸۹ روزه  طرحی مضمول قانون پزشکان و پیراپزشکان

عنوان / پست / شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	بخش / قسمت مربوطه	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	مدت زمان خدمت (به روز)	امتیاز

\*: 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

معاونت مربوطه

مدیر مرکز یا ریس بیمارستان  
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