

## بسمه تعالی

### فرم نایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدام پیمانی مورخ ۹۹/۱۱/۲۴ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفراین

الف) مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کد ملی: بیمارستان/ مرکز :

ب) رابطه استخدامی/کاری: قرارداد کار معین  قرارداد پزشک خانواده  قرارداد مشاغل کارگری  شرکتی   
 قرارداد ۸۹ روزه  طرحی مشمول قانون پزشکان و پیراپزشکان  متعهدین خدمت (ضریب کا)

پ) این جدول توسط واحد محل خدمت تکمیل می گردد :

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

\*: 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 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