

## بسمه تعالی

**فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدام پیمانی مورخ ۹۹/۱۱/۲۴ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...**

**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:**

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

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	مدیر حراست دانشگاه	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع 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