

فرم تأیید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدامی پیمانی مورخ ۹۹/۱۱/۲۴
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربیت حیدریه

الف) مشخصات فردی :

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

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	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)	مرخصی استحقاقی، بدون حقوق، استعلاجی و ... (به روز)	مدت زمان خدمت نهایی (به روز)	امتیاز

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

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز
مراتب فوق مورد تأیید می باشد.

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول مستقیم
مراتب فوق مورد تأیید می باشد.

ج) این بخش می بایست توسط معاونت تخصصی دانشگاه (درمان - بهداشت) تکمیل گردد :

فعالیت آقا/خانم در مراکز درگیر کرونا با کسر مرخصی استحقاقی، استعلاجی، بدون حقوق و هرگونه فاصله خدمتی به مدت زمان ماه جهت اعمال امتیاز کرونا مورد تأیید می باشد .

تأیید معاونت تخصصی مربوطه
نام و نام خانوادگی
مهر و امضاء/ تاریخ

تأیید امور اداری واحد/مرکز/ معاونت
نام و نام خانوادگی
مهر و امضاء/ تاریخ

د) مراتب فوق مورد تأیید می باشد :

رئیس دانشگاه	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