



بسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون های استخدامی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان

بیمارستان / مرکز

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کدملی:

رابطه استخدامی/کاری: ☐ قرارداد کار معین ☐ قرارداد پزشک خانواده ☐ قرارداد مشاغل کارگری ☐ شرکتي ☐ قرارداد ۸۹ روزه ☐ طرحی مشمول 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

نام و امضاء معاونت مربوطه

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان