**باسمه تعالی**

فرم تأیید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدامی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شیراز در سال 99

این قسمت توسط داوطلب تکمیل گردد.

بیمارستان/ مرکز .......................

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی:

رابطه استخدامی/کاری: قراردادکار معین قرارداد پزشک خانواده قرارداد مشاغل کارگری شرکتی

قرارداد 89 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) به حروف قید شود | امتیاز |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*به ازاء هر ماه 2 امتیاز، 15 روز یک امتیاز و کمتر از 15 روز امتیازی تعلق نمی گیرد.

این قسمت در جلسه حضوری توسط بالاترین مقام مسئول واحدها بررسی و تایید می گردد.

نام و امضاء مسئول مستقیم نام و امضاء بالاترین مقام واحد/ مرکز

تأیید معاونت مربوطه

مراتب فوق مورد تأیید می باشد

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رئیس دانشگاه | معاون توسعه مدیریت ومنابع دانشگاه | مدیر حراست دانشگاه | مدیر اداره بازرسی دانشگاه | نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان |
| نام ونام خانوادگی | نام و نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی |
| امضاء | امضاء | امضاء | امضاء | امضاء |