

با اسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

در آزمون استخدامی دانشگاهها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور
 (کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انسستیتو پاستور و فوریت‌های پزشکی خدمت نموده‌اند.)

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / مرکز / انسستیتو:

بیمارستان / مرکز :

نام و نام خانوادگی مشمول :

کدلی :

نام پدر :

رابطه استخدامی/اکاری :

شرکتی قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...)

مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

متعهدین خدمت

امتیاز*	مدت زمان خدمت در مراکز در گیر کرونا		تاریخ پایان فعالیت در مراکز در گیر کرونا	تاریخ شروع فعالیت در مراکز در گیر کرونا	واحد محل خدمت	قطع تحصیلی	مدرک تحصیلی	عنوان شغل
	ماه	روز						

* به ازاء هر ماه ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

نام و امضاء مسئول مستقیم

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

مراتب فوق مورد تایید می‌باشد.

نماینده سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان	مدیر اداره بازرگانی دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	رئيس دانشگاه/دانشکده
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