



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی بابل

باسمه تعالی

فرم شماره ۱

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

در آزمون استخدامی سازمان تامین اجتماعی مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۳۱

(کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و

بهداشتی غیر تابع مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمت نموده اند.)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

مرکز آموزش و درمانی:

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کدملی:

به شرح جدول ذیل به مدت ..... ماه و ..... روز در دوره شیوع بیماری کووید ۱۹ (بازه زمانی ۹۸/۱۲/۱ لغایت ۱۴۰۲/۷/۲) مشغول خدمت در دانشگاه

/ مرکز آموزش درمانی / بخش / بوده ام.

همچنین طی سنوات گذشته در آزمون استخدامی سال ..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و سازمانهای دولتی ..... شرکت نموده و در آزمون مربوطه قبول شده ام  قبول نشده ام  شرکت نموده ام  شرکت نموده ام

رابطه استخدامی/کاری:

قراردادی کار معین  مشاغل کارگری  مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان  ۸۹ روزه  متعهدین خدمت  شرکتهای  قرارداد مشخص

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

\*به ازاء هر ماه ۲ امتیاز، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمیگیرد\*

مسئول بخش	مترون/رئیس مرکز	اموراداری	حراست	رئیس بیمارستان / شبکه گسترش / مسئول فنی
نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء

مراتب فوق مورد تایید معاونت تخصصی می باشد.

امضاء	معاونت تخصصی
-------	--------------