

بسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا
در آزمون استخدامی دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

* بازه زمانی تعیین شده : از ۹۸/۱۲/۱ (تاریخ شروع بیماری کرونا) لغایت ۱۴۰۲/۲/۱۵ (تاریخ پایان وضعیت اضطرار بیماری کرونا اعلامی از سوی سازمان جهانی بهداشت)
دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / مرکز / انستیتو.....
بیمارستان / مرکز.....

الف) نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی:

ب) رابطه استخدامی/کاری:

☐ قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...) ☐ شرکتی ☐ متعهدین خدمت ☐ مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

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 نمی گیرد.

نام و امضاء و مهر تایید مسئول مستقیم
نام و امضاء و مهر تایید بالاترین مقام واحد/مرکز
مراتب فوق مورد تایید می باشد.
مراتب فوق مورد تایید می باشد.

این قسمت صرفا توسط اعضاء کمیته تکمیل گردد

نام و امضاء و مهر تایید معاونت مربوطه

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

امتیاز نهایی مورد تایید :
..... ماه و روز

رئیس دانشگاه/دانشکده	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