

## فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

## در آزمون استخدامی دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

ویژه داوطلبین تکمیل ظرفیت آزمون استخدامی ۱۴۰۴/۶/۲۷ الزاما این فرم باید توسط واحد محل خدمت تکمیل گردد

## دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / مرکز / انستیتو:

بیمارستان / مرکز:

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کد ملی:

رابطه استخدامی/کاری:

 شرکتی قراردادی (کار معین، مشاغل کارگری و پزشک خانواده و ...) مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان متعهدین خدمت و ضریب K

این قسمت توسط واحد محل خدمت تکمیل گردد.

عنوان شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	مرکز/بخش مربوطه	تاریخ شروع		تاریخ پایان		امتیاز*
					فعالیت در مراکز درگیر کرونا	فعالیت در مراکز درگیر کرونا	روز	ماه	

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

رئیس اداره منابع انسانی / مسئول کارگزینی	مدیر بیمارستان / مدیر خدمات پرستاری / مسئول گسترش شبکه	رئیس بیمارستان / رئیس مرکز بهداشت شهرستان
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
امضاء	امضاء	امضاء

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

این قسمت توسط معاونت درمان / بهداشت تکمیل گردد.

سوابق خدمتی ..... ماه و ..... روز جهت نامبرده مورد تایید می باشد.

مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی:

ج) این قسمت توسط کمیته تعیین امتیاز کرونا تکمیل گردد.

نظریه نهایی: سوابق خدمتی ..... ماه و ..... روز جهت نامبرده 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 اصفهان
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء