

بسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون های استخدامی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

بیمارستان / مرکز.....

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کد ملی:

رابطه استخدامی/کاری: قرارداد کار معین  قرارداد پزشک خانواده  قرارداد مشاغل کاری  شرکتی   
قرارداد ۸۹ 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 امتیاز	مدت زمان امتیاز

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

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

نام و امضاء مسئول مستقیم

نام و امضاء معاونت مربوطه

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

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