

## 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 زاهدان

بیمارستان / مرکز.....

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کد ملی:

رابطه استخدامی/کاری: قرارداد کار معین قرارداد  پزشک خانواده  قرارداد مشاغل کارگری  شرکتی  قرارداد 89 روزه   
 طرحی مشمول قانون پزشکان و پیراپزشکان

| عنوان<br>پست/ شغل | مدرک<br>تحصیلی | مقطع<br>تحصیلی | واحد محل<br>خدمت | بخش/<br>قسمت<br>مربوطه | تاریخ شروع<br>فعالیت در<br>مراکز درگیر<br>کرونا | تاریخ پایان<br>فعالیت در<br>مراکز درگیر<br>کرونا | مدت زمان<br>خدمت (به روز) | امتیاز |
|-------------------|----------------|----------------|------------------|------------------------|---|--|---------------------------|--------|
|                   |                |                |                  |                        |   |  |                           |        |
|                   |                |                |                  |                        |   |  |                           |        |

\* به ازاء هر ماه ۲ امتیاز ، 15 روز یک امتیاز و کمتر از 15 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<br>دانشگاه/دانشکده | معاون توسعه مدیریت<br>و منابع دانشگاه | مدیر حراست<br>دانشگاه | مدیر اداره بازرسی<br>دانشگاه | نماینده سازمان مدیریت و<br>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  |