

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون های استخدامی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول

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 خدمت (به روز)	امتیاز

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

نام و امضاء مسئول مستقیم نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

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