

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا (کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت های محوله مستقیم در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انستیتوپاستور و فوریت های پزشکی خدمت نموده اند). آزمون استخدام پیمانی مورخ ۹۹/۱۱/۲۴

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان / مرکز :

مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کدملی:

(ب) رابطه استخدامی/کاری:

قراردادی (کار معین، مشخص، کارگری و.....) شرکتی متعهدین خدمت طرحی مشمول قانون 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 | | 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 مسئول مستقیم

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

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 |