

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا
در آزمون استخدامی دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

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

بیمارستان / مرکز :

نام و نام خانوادگی مشمول :

نام پدر :

کد ملی :

رابطه استخدامی/کاری :

قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...) ☐ شرکتی ☐

متعهدین خدمت ☐ مشمولین قانون خدمت 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 در مراکز درگیر کرونا		امتیاز*
						روز	ماه	

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

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

نام و امضاء مسئول مستقیم

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 برنامه‌ریزی 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