**بسمه تعالی**

**فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا**

**درآزمون استخدامی دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور**

**(کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت های محوله مستقیما در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انستیتو پاستور و فوریت های پزشکی خدمت نموده اند.)**

ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان**

بیمارستان / مرکز:

نام و نام خانوادگی مشمول:

میزان خوداظهاری داوطلب:

............. ماه و ............ روز

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 2 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 مقام تایید کننده معاونت تخصصی**

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رئیس دانشگاه** | **معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه** | **مدیریت حراست دانشگاه** | **رئیس اداره بازرسی دانشگاه** | **نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان** |
| نام و نام خانوادگی  امضاء | نام و نام خانوادگی  امضاء | نام و نام خانوادگی  امضاء | نام و نام خانوادگی  امضاء | نام و نام خانوادگی  امضاء |