فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمون های استخدامی (کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریتهای محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انستیتو پاستور و فوریتهای پزشکی خدمت نموده اند.)

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

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 2 امتیاز، 15 روز یک امتیاز و کمتر از 15 روز امتیازی تعلق نمی گیرد

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

**نام و امضاء معاونت مربوطه مراتب فوق مورد تایید می باشد**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رئیس دانشگاه** | **معاون توسعه مدیریت و منابع** | **مدیر حراست** | **مدیر اداره بازرسی** | **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 |