

بسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمون‌های استخدامی (کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیماً 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 فوریت‌های پزشکی خدمت نموده‌اند).

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

انتیاز*	مدت زمان خدمت		تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	واحد محل خدمت	مقطع تحصیلی	مدرک تحصیلی	عنوان شغل
	در مراکز درگیر کرونا	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