



باسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمون های استخدامی

کارکنانی که در راستای وظایف و مأموریت های محوله، مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا، در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انیستیتو و فوریت های پزشکی خدمت نموده اند.

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام

بیمارستان / مرکز:

شماره همراه:

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کد ملی:

رابطه استخدامی / کاری: قراردادی (کارمین، مشاغل کارگری، پزشک خانواده و ...) شرکتی مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

در صورتی که بغیر از این فرم در بیمارستان/مرکز دیگر خدمت نموده اید، در این قسمت اعلام و نسبت به تکمیل فرم مجزا در واحد مربوطه اقدام نمایید

1-..... 2-..... 3-..... 4-..... خوداظهاری کرونا ... ماه ... روز

قبلاً در آزمون استخدامی قراردادی/پیمانی از امتیاز کرونا برای استخدام در دانشگاه علوم پزشکی استفاده نموده ام و

پذیرفته شده ام پذیرفته نشده ام

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 1 امتیاز و کمتر از 15 روز امتیازی تعلق نمی گیرد. (لطفا اطلاعات جدول صرفاً تایپ شود. واحد محل خدمت به صورت جز ذکر گردد)

نامبرده از تاریخ ... تا تاریخ ... در واحد ... بیمارستان/ مرکز مشغول فعالیت بوده که با توجه به میزان شیوع و مواجهه مستقیم با ویروس کرونا به مدت ... ماه و ... روز مورد تایید جهت اعمال امتیاز در آزمون می باشد.

نام و امضاء معاونت تخصصی

نام و امضاء مسئول مستقیم

.....

.....

مراتب فوق مورد تایید می باشد

رئیس دانشکده	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشکده	مدیر حراست دانشکده	مدیر اداره بازرسی دانشکده	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
دکتر محمد محمدی	دکتر محمد رحیمیان	محسن نعمتی	معصومه دوستکام	

نام و نام خانوادگی : نوع استخدام :

سال	واحد محل خدمت	تاریخ شروع	تاریخ پایان	تعداد رز/شیفت کاری	*تعداد روز عدم حضور	ماه	درصد مواجهه	امتیاز	**جمع امتیاز	***تعداد ماه نهایی
98										
99										
400										
401										
402										

*عدم حضور شامل : مرخصی استحقاقی، استعلاجی و بدن حقوق، غیبت و روزهای تعطیل که کارکرد ندارند

نام نام خانوادگی کارگزین

امضا و مهر