

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند
فرم نایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا

نام خانوادگی:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> کد ملی:	نام:
عنوان شغل ثبت نامی:	مدت خود اظهاری در سامانه ثبت نامی:	عنوان شغل:
عنوان شغل:	نام واحد محل خدمت:	رشته تحصیلی:
مقطع تحصیلی:	شماره تماس:	

رابطه استخدامی/کاری: قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری) شرکتی متعهدین خدمت مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان سایر با ذکر نام

عنوان شغل	واحد محل خدمت	بخش / قسمت مربوطه	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا		تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	
			ماه	روز	ماه	روز
جمع مدت فعالیت در مراکز درگیر کرونا						

نام و نام خانوادگی مسئول کارگزینی / امور اداری واحد:	نام و نام خانوادگی مسئول مستقیم:
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا
نماینده مدیریت حراست واحد	نماینده مدیریت بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات واحد
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا
بالاترین مقام مسئول واحد	بالاترین مقام مسئول واحد
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا

توضیحات:

*مسئولیت بررسی شرایط مشمولین و تطبیق با قوانین و مقررات مربوطه بر عهده بالاترین مقام واحد محل خدمت داوطلب می باشد.

*تاریخ شروع و پایان فعالیت در مراکزدرگیر کرونا به تفکیک هر سال ثبت شود.

*بازه ی زمانی سوابق فعالیت در زمینه مقابله با کرونا از تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۱ لغایت ۱۴۰۲/۰۷/۱۸ می باشد و به ازاء هر ماه مواجهه مستقیم ۲ امتیاز، ۱۵ روزمواجهه

مستقیم یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روزمواجهه مستقیم امتیازی تعلق نمی گیرد.