

باسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

در آزمون استخدامی دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

(کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت 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، انستیتو پاستور و فوریت های پزشکی خدمت نموده اند.)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

نام واحد محل خدمت (بیمارستان/مرکز):

شغل ثبت نامی:

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کدملی:

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

عنوان شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	بخش / قسمت مربوطه	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا*	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا*	مدت زمان خدمت در مراکز درگیر کرونا		امتیاز*
							روز	ماه	

نام و امضاء مسئول مستقیم:

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز:

مراتب فوق به مدت.....ماه.....روزمواجهه مستقیم (معادل.....امتیاز) مورد تایید می باشد.

نام و امضا مقام تایید کننده معاونت تخصصی

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی 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

توضیحات:

\*تاریخ شروع و پایان فعالیت در مراکز درگیر 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.