بسمه تعالي

فـرم تاییـد سـوابق خـدمتی مشـمولین امتیـاز ویـژه کرونـا در آزمون‌هـای اسـتخدامی(کارکنـانی کـه در راسـتای وظـایف و ماموریت‌هـای محولـه مسـتقیما در مقابلـه بـا ویـروس کرونـا و درمـان بیمـاری کرونـا در مراکـز درمـانی و بهداشـتی زیـر مجموعـه وزارت بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشـکی، انسـتیتو پاسـتور و فوریت‌هـای پزشـکی خـدمت نموده‌اند.)

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی/ مرکز/ انستیتو.....

بیمارستان/ مرکز.....

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

عنوان شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکزدرگیر کرونا	مدت زمان خدمت در مراکز درگیرکرونا		امتیاز*
						روز	ماه	

* به ازاء هر ماه ۲ امتیاز ، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی گیرد.

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

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 امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء