

باسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

در آزمون استخدامی دانشگاهها/دانشکدههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

(کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریتهای محوله مستقیما در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و

بهداشتی غیر تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمت نموده اند.)

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني بابل

بيمارستان / مركز :

نام و نام خانوادگي مشمول :

نام پدر : كدملي :

رابطه استخدامي/كاري :

قراردادي كار معين مشاغل كارگري مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان 89 روزه متعهدین خدمت شرکتی قرارداد مشخص

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان شغل** | **مدرک تحصیلی** | **مقطع تحصيلي** | **واحد محل خدمت** | **تاريخ شروع فعاليت در مراكز درگير كرونا** | **تاريخ پايان فعاليت در مراكزدرگير كرونا** | **مدت زمان خدمت در مراكز درگيركرونا** | | | **امتياز\*** |
| **روز** | **ماه** | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |

\*به ازاء هر ماه ٢ امتياز، ١٥ روز يك امتياز و كمتر از ١٥ روز امتيازي تعلق نميگيرد\*

نام و امضاء بالاترين مقام واحد/مركز نام و امضاء مسئول مستقيم

مراتب فوق مورد تاييد مي باشد.

**رئیس دانشگاه/دانشکده معاون توسعه و مدیریت منابع مدیر حراست دانشگاه مدیر اداره بازرسی دانشگاه نماینده سازمان مدیریت و**

**برنامه ریزی استان مازندران**

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