فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدام پیمانی مورخ 24/11/99 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

الف) مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی: بیمارستان/ مرکز :

ب) رابطه استخدامی/کاری: قرارداد کار معین قرارداد پزشک خانواده قرارداد مشاغل کارگری شرکتی قرارداد 89 روزه طرحی مشمول قانون پزشکان و پیراپزشکان متعهدین خدمت(ضریب کا)

پ) این جدول توسط واحد محل خدمت تکمیل می گردد :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان پست/ شغل | مدرک تحصیلی | مقطع تحصیلی | واحد محل خدمت | بخش/ قسمت مربوطه | تاریخ شروع فعالیت در مراکزدرگیر کرونا | تاریخ پایان  فعالیت در مراکزدرگیر کرونا | مدت زمان خدمت (به روز) | امتیاز |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*: به ازاء هر ماه ۲ امتیاز ، 15 روز یک امتیاز و کمتر از 15 روز امتیازی تعلق نمی گیرد.

نام و امضاء مسئول مستقیم (مدیر داخلی بیمارستان/ رییس مرکز بهداشتی) نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز (ریاست بیمارستان /معاون اجرایی)

مراتب فوق مورد تایید می باشد. مراتب فوق مورد تایید می باشد.

نام و امضاء معاونت مربوطه

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 برنامه ریزی 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 |