

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون.....

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

کارکنانی که در راستای وظایف و مأموریت های محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز بهداشتی و درمانی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انسیتو پاستور و فوریت های پزشکی خدمت نموده اند.

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
شماره ملی:	تلفن تماس:	مدرک و رشته تحصیلی:
نمره کل اولیه:	مدت فعالیت در زمان کرونا/براساس خوداظهاری فرد:ماهروز	
شغل محل انتخابی:		

رابطه استخدامی/کاری:

☐ قراردادی(کارمعم،مشخص، مشاغل کارگری و غیره) ☐ شرکتی ☐ متعهدین خدمت ☐ مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

عنوان شغل	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	

*به ازاء هر ماه دو 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

معاونت مربوطه:

موارد فوق مورد تایید می باشد.

رئیس دانشگاه/دانشکده	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان