بسمه تعالی

فرم تأیید 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 مستقیما در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، انستیتوپاستور و فوریت های پزشکی خدمت نموده اند)

الف) این قسمت توسط مشمول تکمیل گردد :

بیمارستان/ مرکز/ پایگاه : .....

نام و نام خانوادگی مشمول: ..... نام پدر: ..... کدملی: ..... مقطع تحصیلی ..... رشته تحصیلی .....

به شرح جدول ذیل به مدت ..... ماه و ..... روز در دوره شیوع بیماری کووید ۱۹ (بازه زمانی ۰۱ /۱۲ /۹۸ لغایت ۰۲ /۰۷ /۱۴۰۲) مشغول خدمت در دانشگاه بوده ام (مستندات به پیوست می باشد)

قبلا در آزمون استخدام قراردادی / پیمانی از امتیاز کرونا برای استخدام در دانشگاه علوم پزشکی ..... استفاده نموده ام و قبول شده ام ☐ قبول نشده ام☐

محل امضاء و اثر انگشت مشمول

ب) رابطه استخدامی/کاری:

قرارداد کار معین ☐ قرارداد پزشک خانواده ☐ قرارداد مشاغل کارگری ☐ شرکتی ☐ قرارداد ۸۹ روزه ☐ طرحی مشمول قانون پزشکان و پیراپزشکان ☐ متعهدین خدمت(ضریب کا) ☐

عنوان پست/ شغل	واحد محل خدمت	بخش/ قسمت مربوطه	تاریخ شروع فعالیت در مراکزدرگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	مدت زمان خدمت در مراکز درگیر کرونا		مرخصی استحقاقی، بدون حقوق، استعلاجی و ... (به روز)	امتیاز
					روز	ماه		

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

رئیس اداره منابع انسانی/ مسئول کارگزینی
مراتب فوق مورد تأیید می باشد.

مهر و امضاء مسئول مستقیم
مراتب فوق مورد تایید می باشد .

مهر و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز
مراتب فوق مورد تأیید می باشد.

ج) این بخش می بایست توسط معاونت تخصصی دانشگاه (درمان – بهداشت) تکمیل گردد :

فعالیت آقا/خانم .....در مراکز درگیر کرونا با کسر مرخصی استحقاقی، استعلاجی، بدون حقوق و هرگونه فاصله خدمتی به مدت زمان..... ماه ..... روز جهت اعمال امتیاز کرونا مورد تأیید می باشد .

تأیید امور اداری واحد/مرکز/ معاونت
مهر و امضاء/ تاریخ

تأیید معاونت تخصصی مربوطه
مهر و امضاء/ تاریخ

د) مراتب فوق مورد تأیید می باشد :

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	رئیس 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