

فرم تأیید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا
در آزمون استخدامی دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان

بیمارستان/ مرکز.....

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کد ملی:

رابطه استخدامی/کاری:

☐ قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کاری و...) ☐ شرکتی ☐ متعهدین خدمت ☐ مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

عنوان شغل	مدرك تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	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 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

نام و امضاء معاونت مربوطه

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
دکتر سعید سرداری	اکبر حلواچی	علی خاتمی	اصغر مهدیخانی	
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء