

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا
در آزمون استخدامی دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز:

شماره تماس:

بیمارستان/ مرکز:

کد ملی:

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

رابطه استخدامی/ کاری:

☐ شرکتی☐ قراردادی (کارماین، مشخص، مشاغل کارگری و...)☐ مشمولین خدمت پزشکان و پیراپزشکان☐ متعهدین خدمت

عنوان شغل	مدرک 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 نمی‌گیرد.

نام و امضاء معاونت تخصصی مرتبط

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/ مرکز

نام و امضاء مسئول مستقیم

مراتب فوق مورد تایید است

رئیس دانشگاه/دانشکده	معاون توسعه مدیریت و منابع انسانی	مدیر حراست دانشگاه	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضا	امضا	امضا	امضا	امضا