**فرم شماره 1**



**باسمه تعالی**

**فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا**

**در آزمون استخدامی دانشگاهها/دانشکدههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور**

**(کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریتهای محوله مستقیما در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و**

**بهداشتی غیر تابع مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمت نموده اند.)**

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني بابل**

**مرکز آموزش و درمانی :**

دانشگاه علوم پزشکی انتخابی جهت استخدام :

نام و نام خانوادگي مشمول :

نام پدر : كدملي :

به شرح جدول ذیل به مدت ............... ماه و ................. روز در دوره شیوع بیماری کووید 19 (بازه زمانی 1/12/98 لغایت 2/7/1402) مشغول خدمت در دانشگاه / مرکز آموزش درمانی /بخش بوده ام.

همچنین طی سنوات گذشته در آزمون استخدامی سال ................. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی .................. شرکت نموده و در آزمون مربوطه قبول شده ام قبول نشده ام شرکت ننموده ام

رابطه استخدامي/كاري :

قراردادي كار معين مشاغل كارگري مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان 89 روزه متعهدین خدمت شرکتی قرارداد مشخص

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان شغل** | **مدرک تحصیلی** | **مقطع تحصيلي** | **واحد محل خدمت** | **تاريخ شروع فعاليت در مراكز درگير كرونا** | **تاريخ پايان فعاليت در مراكزدرگير كرونا** | **مدت زمان خدمت در مراكز درگيركرونا** | | | **امتياز\*** |
| **روز** | **ماه** | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |

\*به ازاء هر ماه ٢ امتياز، ١٥ روز يك امتياز و كمتر از ١٥ روز امتيازي تعلق نميگيرد\*

**مسئول بخش مترون/رئیس مرکز اموراداری حراست رئیس بیمارستان /شبکه گسترش/مسئول فنی**

نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی

امضاء امضاء امضاء امضاء امضاء

معاونت تخصصی امضاء

مراتب فوق مورد تایید معاونت تخصصی می باشد.