



«باسمه تعالی»
فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا
در آزمون استخدامی دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام

بیمارستان / شبکه/مرکز:

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کدملی:

رابطه استخدامی/کاری:

☐ شرکتي

☐ قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...)

☐ مشمولین قانون 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	جمع مدت زمان خدمت در مراکز درگیر کرونا		امتیاز*
						روز	ماه	

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

*بازه زمانی اختصاص امتیاز کرونا از تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۱ لغایت ۱۴۰۲/۰۲/۱۵ می باشد.

نام و امضا مسئول مستقیم

نام و امضا بالاترین مقام واحد/مرکز

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

مدیر اداره بازرسی دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی	رئیس دانشگاه
مهدی شعبانی	مصطفی علی رحمی	دکتر علی خورشیدی	حسین صیادی	دکتر عباس قیصوری
امضا:	امضا:	امضا:	امضا:	امضا: