بسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدام پیمانی مورخ ۹۹/۱۱/۲۴ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .بوشهر..

الف) مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی: بیمارستان/ مرکز :

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) ☐

پ) این جدول توسط واحد محل خدمت تکمیل می گردد :

عنوان پست/ شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	بخش/ قسمت مربوطه	تاریخ شروع فعالیت در مراکزدرگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکزدرگیر کرونا	مدت زمان خدمت (به روز)	امتیاز

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

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

نام و امضاء مسئول کارگزینی
مراتب فوق مورد تایید می باشد

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز
مراتب فوق مورد تایید می باشد.

نام و امضاء معاونت مربوطه
مراتب فوق مورد تایید می باشد.

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