



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا - آزمون استخدام پیمانی مهرماه سال ۱۴۰۲

نام:	نام خانوادگی:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	کد ملی:
عنوان شغل ثبت نامی:		مدت خود اظهاری در سامانه ثبت نامی:	
عنوان شغل:		نام واحد محل خدمت:	
رشته تحصیلی:		مقطع تحصیلی:	
		شماره تماس:	

رابطه استخدامی/کاری: قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و...) شرکتی متعهدین خدمت مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان سایر با ذکر نام

عنوان شغل	واحد محل خدمت	بخش / قسمت مربوطه	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	مدت فعالیت در مراکز درگیر کرونا	
					روز	ماه

جمع مدت فعالیت در مراکز درگیر کرونا

نام و نام خانوادگی مسئول مستقیم:	نام و نام خانوادگی مسئول کارگزینی واحد:
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا
نماینده مدیریت حراست واحد	نماینده مدیریت بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات واحد
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا
نام و نام خانوادگی:	بالاترین مقام مسئول واحد
تاریخ و امضا	نام و نام خانوادگی:
	تاریخ و امضا

توضیحات:

*مسئولیت بررسی شرایط مشمولین و تطبیق با قوانین و مقررات مربوطه بر عهده بالاترین مقام واحد محل خدمت داوطلب می باشد.

*تاریخ شروع و پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا به تفکیک هر سال ثبت شود.

*بازه ی زمانی سوابق فعالیت در زمینه مقابله با کرونا از تاریخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۱ لغایت ۱۴۰۲/۰۷/۰۲ می باشد و به ازاء هر ماه مواجهه مستقیم ۲ امتیاز، ۱۵ روزمواجهه مستقیم یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روزمواجهه مستقیم امتیازی تعلق نمی گیرد.