



فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا در آزمون پزشک خانواده مورخ 1404/02/05

کارکنانی که در راستای وظایف و مأموریت های محوله، مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا، در مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انیستیتو و فوریت های پزشکی خدمت نموده اند.

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام

بیمارستان / مرکز:

شماره همراه:

نام و نام خانوادگی مشمول:

نام پدر:

کد ملی:

رابطه استخدامی / کاری: ☐ قرار دادی (کارمین، مشاغل کارگری، پزشک خانواده) ☐ شرکتی ☐ مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان ☐

در صورتی که بغیر از این فرم در بیمارستان / مرکز دیگر خدمت نموده اید، در این قسمت اعلام و نسبت به تکمیل فرم مجزا در واحد مربوطه اقدام نمایید

1-..... 2-..... 3-..... 4-..... خوداظهاری کرونا ماه روز

قبلاً در آزمون استخدامی قراردادی / پیمانی از امتیاز کرونا برای استخدام در دانشگاه علوم پزشکی استفاده نموده ام و

☐ پذیرفته شد ☐ پذیرفته نشده

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 2 امتیاز. 15 روز 1 امتیاز و کمتر از 15 روز امتیازی تعلق نمی گیرد. (لطفاً اطلاعات جدول صرفاً تایید شود. واحد محل خدمت به صورت جز ذکر گردد)

نامبرده از تاریخ تا تاریخ در واحد مشغول فعالیت بوده که با توجه به میزان شیوع و مواجهه مستقیم با ویروس کرونا به مدت ماه و روز مورد تایید جهت اعمال امتیاز در آزمون می باشد.

نام و امضاء مسئول مستقیم

نام و امضاء معاونت تخصصی

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان