



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

فرم شماره (۱) تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا - آزمون استخدام پیمانی مهرماه سال ۱۴۰۲

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

رابطه استخدامی/کاری: قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری) 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	
			مراکز درگیر کرونا	مراکز درگیر کرونا	روز	ماه
جمع مدت فعالیت در مراکز درگیر کرونا						

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

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 مراکزدرگیر 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.