

(کارکنانی که در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی سازمان تامین اجتماعی خدمت نموده اند.)

نام واحد محل خدمت (بیمارستان/مرکز):

شغل ثبت نامی:

استان/دانشگاه محل ثبت نام:

نام و نام خانوادگی داوطلب:

کد ملی:

شماره تلفن همراه:

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

مدت زمان خدمت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	واحد محل خدمت	مقطع تحصیلی	مدرک تحصیلی	عنوان شغل	روز	
							ماه	روز

مدیر درمان	معاون مدیریت درمان	رئیس اداره بازرسی مدیریت درمان	رئیس اداره حراست مدیریت درمان	رئیس اداره منابع انسانی
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء

\* قسمت ذیل توسط اعضای کمیته تخصصی تکمیل خواهد شد.

مراتب فوق به مدت.....ماه.....روز مواجهه مستقیم (معادل.....امتیاز ) مورد تایید می باشد.

نام و امضا مقام تایید کننده معاونت تخصصی

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء

توضیحات:

\* 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 روز مواجهه مستقیم

یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز مواجهه مستقیم امتیازی تعلق نمی گیرد.