



فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه کرونا

در آزمون استخدامی مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۳۱ سازمان تامین اجتماعی

(نیروهایی که در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا در مراکز درمانی و بهداشتی سازمان تامین اجتماعی در بازه زمانی ۱۳۹۸/۱۲/۱ تا اعلام خاتمه فراگیری بیماری کرونا خدمت نموده اند).

نام مرکز درمانی:

نام و نام خانوادگی داوطلب:

نام پدر:

نوع رابطه استخدامی/ کاری (در بازه زمانی کرونا)

 شرکتی

 مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

 قراردادی کار معین و مشخص (ماده ۲۰)

عنوان شغل	مقطع تحصیلی	رشته 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	
						روز	ماه

به ازاء هر ماه ۲ امتیاز، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی‌گیرد

صرفاً بازه زمانی درگیری مستقیم داوطلب با ویروس کرونا ملاک عمل می باشد

ملاک محاسبه امتیاز مربوطه، حضور فعال نیروها، بدون احتساب مدت زمان مرخصی استحقاقی، استعلاجی، بدون حقوق و هرگونه فاصله خدمتی می باشد

نام نام خانوادگی بالاترین مقام مرکز درمانی:

نام و نام خانوادگی مدیر/رئیس/مسئول بخش:

(پرستاری، مامایی، آزمایشگاه، تصویر برداری و ...)

امضاء

مهر و امضاء

*امتیاز

مراتب فوق مورد تایید می باشد .

مدیر درمان استان	معاون درمان مدیریت درمان استان	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
مهر و امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء