



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 بخش خصوصی 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: کدملی:

نوع رابطه استخدامی/ کاری (در بازه زمانی کرونا)

قراردادی (کار معین، مشخص، مشاغل کارگری و ...)  متعهدین خدمت  شرکتی

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 امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی‌گیرد\*

\*صرفاً بازه زمانی درگیری مستقیم داوطلب با ویروس کرونا ملاک عمل می‌باشد\*

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

نام نام خانوادگی مسئول مستقیم / مدیر واحد:

نام و نام خانوادگی بالاترین مقام مرکز درمانی:

امضاء

مهر و امضاء

\*امتیاز .....

مراتب فوق مورد تایید می‌باشد.

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ذریبند	قائم مقام / معاون درمان بیمارستان	مسئول حراست	مسئول امور اداری	سوپروایزر / مسئول بخش (پرستاری، مامایی، آزمایشگاه، تصویر برداری و ...)
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