**بسمه تعالی**

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با ویروس کرونا در آزمون استخدامی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

**جدول شماره 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بیمارستان/مرکز/واحد:  نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی:  رابطه استخدامی/کاری: قرارداد کار معین قراداد پزشک خانواده مشاغل کارگری شرکتی قراداد89 روزه مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان متعهدین خدمت   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 0عنوان  پست/شغل | مدرک تحصیلی | مقطع تحصیلی | واحد محل خدمت | بخش/ قسمت مربوطه | **تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر با کرونا** | **تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر با کرونا** | مدت زمان خدمت | | امتیاز | | روز | ماه | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   \*به ازای هرماه خدمت دو امتیاز، 15 روز یک امتیاز و کمتراز 15 روز امتیازی تعلق نمی گیرد.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **نام و نام خانوادگی همراه مهر و امضا**  **مسئول مستقیم** | **نام و نام خانوادگی همراه مهر و امضا**  **بالاترین مقام واحد/مرکز** | **نام و نام خانوادگی همراه مهر و امضا**  **معاونت ذیربط** | |  |  |  | |

تذکر مهم: چنانچه در هر مرحله از مراحل استخدامی(اعلام نتایج اولیه، مصاحبه استخدامی، گزینش و حتی در صورت پذیرش نهایی و صدور حکم استخدامی) شواهدی دال بر عدم استحقاق داوطلب جهت برخورداری از امتیاز ویژه کرونا به دست آید، ضمن کسر امتیاز مربوطه، مطابق با مفاد آگهی استخدامی با وی رفتار خواهد شد و ذینفع حق هیچگونه اعتراضی نخواهد داشت و در صورت صدور گواهی خلاف واقع از سوی کارکنان و مسئولین مربوطه در این زمینه، مراتب از طریق هیات های رسیدگی به تخلفات اداری قابل پیگیری خواهد بود.

**جدول شماره 2( این قسمت توسط کمیته تکمیل می گردد)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رئیس دانشگاه** | **معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه** | **مدیر حراست دانشگاه** | **مدیر اداره بازرسی دانشگاه** | **نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان** |
| **نام و نام خانوادگی**  **امضا:** | **نام و نام خانوادگی**  **امضا:** | **نام و نام خانوادگی**  **امضا:** | **نام و نام خانوادگی**  **امضا:** | **نام و نام خانوادگی**  **امضا:** |