

اطلاع رسانی در خصوص نحوه تکمیل فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا:

شرایط لازم جهت تکمیل فرم:

در راستای وظایف و ماموریت‌های محوله مستقیماً در مقابله با ویروس کرونا و درمان بیماری کرونا (کووید ۱۹) فعالیت نموده باشند.

مشمولین:

کارکنان قراردادی (اعم از کار معین، پزشک خانواده و بیمه روستایی، کارگری و...)، شرکتی، مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و متعهدین خدمت موسسه.

مراکز مشمول:

مراکز درمانی و بهداشتی زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انستیتو پاستور و فوریت‌های پزشکی.

نکته ۱:

واحدهای ستادی موسسه (اعم از حوزه ریاست، معاونتها، دانشکده ها و...) جزء مراکز مذکور محسوب نمی شوند.

بازه زمانی:

بازه زمانی محاسبه امتیازات موضوع این شیوه نامه (مدت اشتغال فرد با رعایت شرایط این شیوه نامه) از تاریخ ۹۸/۱۲/۱ لغایت آخرین روز ثبت نام (۹۹/۱۰/۲۶) در آزمون استخدامی مذکور می باشد

نحوه احتساب امتیاز:

* احتساب امتیاز برای کارکنان مشمول صرفاً در بازه زمانی که مرکز/بخش محل خدمت درگیری مستقیم با بیماری مذکور داشته امکان پذیر می باشد.

* حداقل مدت زمان کارکرد مورد تایید برای کسب امتیاز مربوطه ۱۵ روز می باشد. به سابقه خدمت ۱۵ تا ۲۹ روز یک امتیاز و به ازاء هر ماه کارکرد نیز دو امتیاز به فرد تعلق خواهد گرفت.

نکته ۲:

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

نکته ۳:

بررسی و تایید یا عدم تایید نهایی فرم تکمیل شده توسط اعضاء کمیته مربوطه صورت می پذیرد.

بسمه تعالی

فرم تایید سوابق خدمتی مشمولین امتیاز ویژه فعالیت در زمینه مقابله با کرونا در آزمون استخدام پیمانی مورخ ۹۹/۱۱/۲۴ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

الف) مشخصات فردی :

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کد ملی: بیمارستان/ مرکز :

ب) رابطه استخدامی/کاری: قرارداد کار معین قرارداد پزشک خانواده قرارداد مشاغل کاری شرکتي قرارداد ۸۹ روزه طرحی مشمول قانون پزشکان و پیراپزشکان متعهدین خدمت(ضریب کا)

پ) این جدول توسط واحد محل خدمت تکمیل می گردد :

عنوان پست / شغل	مدرک تحصیلی	مقطع تحصیلی	واحد محل خدمت	بخش / قسمت مربوطه	تاریخ شروع فعالیت در مراکز درگیر کرونا	تاریخ پایان فعالیت در مراکز درگیر کرونا	مدت زمان خدمت (به روز)	امتیاز

*: به ازاء هر ماه ۲ امتیاز ، ۱۵ روز یک امتیاز و کمتر از ۱۵ روز امتیازی تعلق نمی گیرد.

نام و امضاء مسئول مستقیم

نام و امضاء بالاترین مقام واحد/مرکز

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

نام و امضاء معاونت مربوطه

مراتب فوق مورد تایید می باشد.

رئیس دانشگاه/دانشکده	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر اداره بازرسی 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