

توجه: «در صورت صدور گواهی خلاف واقع از سوی کارکنان و مسئولین مربوط در این زمینه، مراتب از طریق هیأت های رسیدگی به تخلفات اداری قابل پیگیری خواهد بود.»

## الف) این قسمت توسط واحد محل خدمت تکمیل گردد.

## ۱) مشخصات فردی:

نام و نام خانوادگی مشمول: نام پدر: کدملی: بیمارستان / مرکز:

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

## ۳) 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)

رئیس اداره منابع انسانی / مسئول کارگزینی	مسئول بلافاصل / مدیر پرستاری	بالاترین مقام اجرایی واحد
نام و نام خانوادگی: امضاء	نام و نام خانوادگی: امضاء	نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء

## ب) این قسمت توسط معاونت درمان / بهداشت / مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی تکمیل گردد.

سوابق خدمتی ..... (به روز) جهت نامبرده مورد تایید می باشد.

نام و نام خانوادگی: امضاء:

## ج) این قسمت توسط کمیته تعیین امتیاز کرونا تکمیل گردد.

نظریه نهایی: سوابق خدمتی ..... (به روز) جهت نامبرده مورد تایید می باشد.

رئیس دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مدیر حراست دانشگاه	مدیر اداره بازرسی دانشگاه	نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان اصفهان
دکتر ظاهره چنگیز امضاء	دکتر محمد رضا رضایتمند امضاء	اکبر آقابابایی امضاء	دکتر حسین نیکخواه امضاء	دکتر سیروس نیک اقبالی امضاء