رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان ....................

مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان .......................

**با سلام و احترام**

**اینجانب خانم/آقای ........................................ فرزند ........................ با کدملی..................................... فارغ التحصیل رشته ............................... مقطع ................................ که مرحله پایانی طرح خود را در بیمارستان ............................. و در تاریخ .................................... به اتمام خواهم رساند، در راستای اجرای بخشنامه شماره 19581/2/د مورخ 4/9/93 معاون محترم توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه منضم به بخشنامه شماره 4423 /209/د مورخ 24/8/93 معاون محترم توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع با آگاهی کامل و ضمن تعهد به رعایت مفاد ذیل تمایل خود را نسبت به تداوم خدمت داوطلبانه مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در مرکز ................................... اعلام می نمایم. لذا خواهشمند است دستور فرمائید،در این خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد.**

**1-تداوم خدمت داوطلبانه مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان هیچگونه تعهد استخدامی ایجاد نمی کند.**

**2-شروع خدمت داوطلبانه افراد مشمول بعد از اتمام مدت خدمات موضوع قانون مذکور و در صورت رضایت از عملکرد متقاضی مقدور خواهد بود.**

**3- لغو مدت خدمت داوطلبانه مشمولین از سوی مرکز مبدا با هماهنگی معاونت مربوطه و دانشگاه و یا فرد متقاضی با دو ماه اعلام قبلی امکانپذیر خواهد بود.**

**4-گواهی پایان خدمت مشمولین بعد از اتمام دوره داوطلبانه همزمان طی یک فقره گواهی توسط دانشگاه تنظیم و صادر خواهد گشت.**

**5- شرکت افراد مشمول در آزمونهای استخدامی سایر دانشگاهها در طول مدت خدمت داوطلبانه بلامانع است و دانشگاه محل خدمت،موظف به صدور گواهی کارکرد مربوطه میباشد.**

**6- تمدید خدمات افرادی که در حال ادامه تحصیل هستند، امکانپذیر نمی باشد.**

**7- مرخصی بدون حقوق در زمان تداوم طرح به مشمولین تعلق نمی گیرد.**

**8-با توجه به شیوع ویروس کووید- 19، تداوم خدمت مادران باردار امکانپذیر نمی باشد.**

**نام و نام خانوادگی:**

**شماره تلفن همراه:**

**امضاء :**

**بدینوسیله به استحضار میرساند، به خدمات خانم/ آقای.................................... فارغ التحصیل رشته ...................... مقطع ............................. مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان جهت انجام تداوم خدمت داوطلبانه در مرکز ................................. نیاز می باشد.**

**اطلاعات تکمیلی:**

**- تاریخ شروع طرح : ............./............./.................**

**- مرخصی بدون حقوق: تاریخ شروع :............./............./........... تاریخ پایان :............./............./...............**

**- تاریخ پایان طرح با احتساب ضریب منطقه: ............./............./................. ضریب منطقه:**

**- تاریخ پایان طرح با عدم احتساب ضریب منطقه: ............./............./.................**

**- مدت اضافه خدمت ناشی از غیبت (ذکر شده در معرفینامه طرح): ..........................**

**- تاریخ انتصاب تداوم طرح: ............./............./.................**

**- تاریخ پایان تداوم طرح: ............./............./.................**

**مهر و امضاء کارگزینی: تائید رئیس مرکز:**