

رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان

با سلام و احترام

اینجانب خانم/ آقای فرزند با کد ملی فارغ التحصیل رشته مقطع که مرحله پایانی طرح خود را در بیمارستان و در تاریخ به اتمام خواهیم رساند، در راستای اجرای بخشنامه شماره ۲/۱۹۵۸۱/د مورخ ۹۳/۹/۴ معاون محترم توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه منضم به بخشنامه شماره ۴۴۲۳/ ۲۰۹/د مورخ ۹۳/۸/۲۴ 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.

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

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

۳- 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.

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

۵- 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.

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

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

۸- با توجه به شیوع ویروس کووید- ۱۹، 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: $\frac{5}{5}$

- 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:/...../.....

تأیید رئیس مرکز:

مهر و امضاء کارگزینی: