

پیوست شماره ۵:

فرم درخواست تداوم طرح

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 خواهم رساند، در راستای اجرای بخشنامه شماره ۵/۲/۱۹۵۸۱ مورخ ۹۳/۹/۴ معاون محترم توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه منضم به بخشنامه شماره ۴۴۲۳/ ۲۰۹/ ۸ 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- **یا 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 رئیسی مرکز:

مهر و امضاء کارگزینی: