

فرم شماره یک (۱)

اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان

دستور ثبت:

(فرم درخواست انفرادی)

دبیرخانه مشاغل سخت و زیان آور

شماره ثبت:

درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت و زیان آور

تاریخ ثبت:

الف) اینجانب بیمه شده صندوق تأمین اجتماعی با مشخصات ذیل ضمن مطالعه دستورالعمل پشت فرم، درخواست خود را جهت بررسی ارائه می نمایم:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	محل صدور:	تاریخ تولد:
شماره شناسنامه:	کدملی:	شماره بیمه شده:	تاریخ و محل امضاء متقاضی:	
نشانی و تلفن محل سکونت متقاضی:				
نشانی و تلفن آخرین محل اشتغال متقاضی:				

ب) مشاغل مورد ادعای بیمه شده:

ردیف	نام شرکت / کارگاه	فعالیت کارگاه / محصول تولیدی	شغل مورد ادعا	شهر محل اشتغال	شعبه پرداخت حق بیمه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

*** متقاضی محترم لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید ***

ه) رأی کمیته بدوی استانی موضوع ماده ۸ آیین نامه اجرایی

نتیجه نهایی آراء	نماینده کارفرمایان	نماینده کارگران	کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشگاه علوم پزشکی استان	معاون امور بیمه ای اداره کل تأمین اجتماعی استان یا نماینده وی					معاون روابط کار یا رئیس اداره بازرسی کار اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان											
				ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب							
				۱																
				۲																
				۳																
				۴																
				۵																
نتیجه نهایی آراء جلسه مورخ _____	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء															

* (شغل ردیف) / (مشاغل ردیفهای) که در گروه (الف) / (ب) قرار دارند، به (اتفاق آراء) / (با اکثریت آراء) سخت و زیان آور شناخته شد.

* (شغل ردیف) / (مشاغل ردیفهای) ، به (اتفاق آراء) / (با اکثریت آراء) سخت و زیان آور شناخته شد.

براساس تبصره ۵ جزء الف ماده ۸ آیین نامه اجرایی حداکثر مهلت اعتراض به آراء کمیته بدوی استانی ۱۵ روز اداری از تاریخ تحویل رونوشت نتیجه نهایی آراء به متقاضی می باشد.