

ج) شرح شغل یا مشاغل مورد اعتراض با ذکر دلایل (مستندات پیوست شود):

.....

.....

.....

.....

### روش تکمیل فرم درخواست اعتراض به رأی کمیته بدوی استانی

#### الف: مشخصات معترض

معترض در این قسمت مشخصات دقیق خود شامل "نام"، "نام خانوادگی"، "کد تأمین اجتماعی کارگاه"، "شماره بیمه شده" همچنین "نشانی و تلفن کارگاه به همراه کد پستی"، "شماره و تاریخ رای بدوی" و "تاریخ ابلاغ رای بدوی" را نوشته و در محل مورد نظر (امضاء متقاضی) امضاء می نماید.

#### ب: جدول مشاغل مورد ادعای بیمه شده:

ردیف	شغل مورد اعتراض (مطابق با شغل مندرج در فرم یک یا فرم دو)	نام شرکت / کارگاه	تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه کار	شعبه پرداخت حق بیمه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

- در جدول مشاغل مورد اعتراض که دارای ۵ ردیف است، متقاضی حداکثر می تواند ۵ کارگاه یا ۵ شغل مورد اعتراض خود را (مطابق با شغل مندرج در فرم یک یا فرم دو) نوشته و در صورت داشتن اعتراض به بیش از ۵ کارگاه یا ۵ شغل، فرم دیگری درخواست نموده و تکمیل نماید.
- نام شرکت/کارگاه: در داخل ستون مربوط به "نام شرکت/کارگاه" متقاضی می بایست نام دقیق شرکت یا کارگاه هایی را که در آن سابقه به کار داشته و دارد را پر نماید.
- تاریخ شروع به کار و تاریخ خاتمه کار: در این قسمت تاریخ شروع به کار و خاتمه کار در هر شغل یا در هر کارگاه می بایست نوشته شود.
- شعبه پرداخت حق بیمه: در این ستون می بایست شعبه بیمه تأمین اجتماعی که حق بیمه هر کارگاه به آن واریز شده است نوشته شود.

توجه: براساس ماده ۳ دستورالعمل اجرایی به فرمهای ناقص رسیدگی نخواهد شد، لذا:

۱. فرم می بایست بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی تکمیل شود.
۲. فرم می بایست با خودکار آبی و کاملاً خوانا تکمیل شود.
۳. در صورت تکراری بودن کارگاه یا شغل و شعبه تأمین اجتماعی از خط چین، و خالی گذاردن ستون مربوطه خودداری نموده و نام دقیق کارگاه، شغل یا شعبه تأمین اجتماعی نوشته شود.
۴. در صورت تکراری بودن کارگاه یا شغل و شعبه تأمین اجتماعی از خط چین، و خالی گذاردن ستون مربوطه خودداری نموده و نام دقیق کارگاه، شغل یا شعبه تأمین اجتماعی نوشته شود.

\* متقاضی محترم لطفاً پس از تکمیل قسمتهای (الف، ب، ج، د) فرم درخواست انفرادی (فرم شماره یک)، نام و نام خانوادگی خود را در پائین این صفحه نوشته و امضاء نماید.

محل امضاء و اثر انگشت

نام و نام خانوادگی متقاضی