

فرم شماره چهار (۴)

اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان

دستور ثبت:

(فرم اعتراض)

دبیرخانه مشاغل سخت و زیان آور

شماره ثبت:

تاریخ ثبت:

درخواست اعتراض به رای کمیته بدوی استانی موضوع ماده ۸ آیین نامه اجرایی، بررسی و تطبیق مشاغل در کارهای سخت و زیان آور

ب) مشخصات معترض:

کارگر ☐ کارفرما ☐

نام خانوادگی:

کد تأمین اجتماعی کارگاه:

شماره بیمه شده:

شعبه بیمه:

ی و تلفن کارگاه:

کدپستی:

ره ثبت رای بدوی:

تاریخ رای بدوی:

تاریخ ابلاغ رای بدوی:

اعتراض به مشاغل بررسی شده در کمیته بدوی:

د	شغل مورد اعتراض (مطابق با شغل مندرج در فرم یک یا فرم دو)	نام شرکت / کارگاه	شهر محل اشتغال	شعبه پرداخت حق بیمه
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

نام خانوادگی درخواست کننده:

محل مهر، امضاء و تاریخ:

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

ای کمیته تجدیدنظر استانی موضوع ماده ۸ آیین نامه اجرایی

ر ک ل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان					مدیرکل تأمین اجتماعی استان					معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی					نماینده کارگران					نماینده کارفرمایان					نتیجه نهایی آراء				
ردیف	مغایب	موافق	اخذ	ب	ردیف	مغایب	موافق	اخذ	ب	ردیف	مغایب	موافق	اخذ	ب	ردیف	مغایب	موافق	اخذ	ب	ردیف	مغایب	موافق	اخذ	ب	ردیف	مغایب	موافق	اخذ	ب
۱					۱					۱					۱					۱					۱				
۲					۲					۲					۲					۲					۲				
۳					۳					۳					۳					۳					۳				
۴					۴					۴					۴					۴					۴				
۵					۵					۵					۵					۵					۵				
نام و نام خانوادگی					نام و نام خانوادگی					نام و نام خانوادگی					نام و نام خانوادگی					نام و نام خانوادگی					نتیجه نهایی آراء جلسه مورخ				
امضاء					امضاء					امضاء					امضاء					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 نشد.

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

روش تکمیل فرم درخواست اعتراض به رای 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: بر اساس ماده ۳ دستورالعمل اجرایی به فرمهای ناقص رسیدگی نخواهد شد، لذا:

- فرم می بایست بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی تکمیل شود.
- فرم می بایست با خودکار آبی و کاملاً خوانا تکمیل شود.
- 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.
- 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 و 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