

تقاضای اعتراض به آراء کمیته بدوی موضوع ماده ۸ آئین نامه اجرایی قانون اصلاح تبصره (۲) الحاقی ماده (۷۶) قانون تأمین اجتماعی
فرم شماره چهار

*تاریخ ابلاغ فرم شماره یک: / / ۱۳ کمیته بدوی استان

۱-الف) مشخصات کارگرمعترض :

نام خانوادگی : نام پدر :
کد ملی : شماره شناسنامه : ۱۳ / /
شماره بیمه :
نشانی محل سکونت : تلفن :
نشانی آخرین محل اشتغال : تلفن :
همراه :
تلفن :

۲-الف) مشخصات کارفرمای معترض:

نام شرکت : کارگاه: مالک / مدیرعامل:
کد کارگاه : نشانی : تلفن و همراه::
موضوع اعتراض:

ب) مشاغل مورد اعتراض:

ردیف	عنوان شغل مورد اعتراض (مطابق با شغل مندرج در فرم شماره ۱ یا ۲)	نام کارگاه	تاریخ شروع کار	تاریخ خاتمه کار
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

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

تاریخ و محل امضاء معترض / / ۱۳

شماره و تاریخ ثبت در دبیر خانه کمیته: شماره و تاریخ ثبت در اداره کار محل :

۱-تصویر فرم شماره یک مورد اعتراض(پشت و رو) میبایست پیوست گردد. ۲- تاریخ ابلاغ فرم از سوی مراجع ذیصلاح دقیقاً ذکر گردد. ۳-درج کد ملی الزامیست. ۴-عناوین شغلی مورد اعتراض باید دقیقاً برابر عناوین مندرج در فرم شماره یک باشد.

* تأیید مشاغل ردیفهای اول (الف/ب/□) ، دوم (الف/ب/□) ، سوم (الف/ب/□) ، چهارم (الف/ب/□) ، پنجم (الف/ب/□) تقاضا *

ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب					
۱					۱					۱					۱									
۲					۲					۲					۲									
۳					۳					۳					۳									
۴					۴					۴					۴									
۵					۵					۵					۵									
مدیر کل تعاون کار و					مدیر کل تأمین					معاون بهداشتی					نماینده کارگران					نماینده کارفرمایان				

نتیجه نهایی آراء			دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی استان	اجتماعی استان یا نماینده وی	رفاه اجتماعی استان یا نماینده وی
	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء