

دستور ثبت:

(فرم اعتراض)

دبیرخانه مشاغل سخت و زیان آور

شماره ثبت:

درخواست بررسی و تطبیق مشاغل در کارهای سخت و زیان آور

تاریخ ثبت:

الف) مشخصات کارفرما/کارگر:

کارگر کارفرما

نام و نام خانوادگی:

کد تأمین اجتماعی کارگاه:

شماره بیمه شده:

شعبه بیمه:

آدرس و تلفن کارگاه:

کدبستی:

شماره ثبت رأی بدوی:

تاریخ رأی بدوی:

تاریخ ابلاغ رأی بدوی:

ب) اعتراض به مشاغل بررسی شده در کمیته بدوی:

ردیف

شغل مورد اعتراض (مطابق با شغل مندرج در فرم یک یا فرم دو)

نام کارگاه

تاریخ شروع به کار

تاریخ خاتمه کار

شعبه تأمین اجتماعی

۱

۲

۳

۴

۵

نام و نام خانوادگی درخواست کننده:

محل مهر، امضاء و تاریخ:

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

ج) رأی کمیته تجدیدنظر استانی موضوع ماده ۸ آیین نامه اجرایی

مدیر کل تعاون کار و رفاه اجتماعی استان

مدیر کل تأمین اجتماعی استان
دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی

نماینده کارگران

نماینده کارفرمایان

نتیجه نهایی آراء

ردیف

مخالف

موافق

آراء

ردیف

مخالف

موافق

آراء

ردیف

مخالف

موافق

آراء

ردیف

مخالف

موافق

آراء

ردیف

مخالف

موافق

آراء

ردیف

مخالف

موافق

آراء

ردیف

مخالف

موافق

آراء

ردیف

مخالف

موافق

آراء

ردیف

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 شد.