

آدرس کارگاهها:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

روش تکمیل فرم درخواست اعتراض به رای کمیته بدوی استانی

الف: مشخصات معترض

معترض در این قسمت مشخصات دقیق خود و کارگاه شامل " نام "، " نام خانوادگی "، " کد ملی "، " شماره بیمه شده " " کد تأمین اجتماعی کارگاه "، " شعبه بیمه که حق بیمه " و 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 درخواست کننده) امضاء می نماید.

* در جدول مشاغل مورد اعتراض که دارای 10 ردیف است ، متقاضی حداکثر می تواند 10 شغل یا کارگاه مورد اعتراض خود را نوشته و در صورت تقاضای بیش از 10 شغل ، فرم دیگری درخواست نموده و تکمیل نماید.

* **عنوان شغل مورد ادعا** : این ستون از مهمترین ستونهایی است که پر کردن آن دقت بسیار زیادی لازم دارد.

در داخل ستون مربوط به **عنوان شغل** می بایست دقیقاً عنوان شغلی که در **لیست بیمه** قید شده و به تأمین اجتماعی ارسال شده ، نوشته شود.

* **شرح شغل** : شرح شغل براساس کاری که کارگر موظف به انجام آن می باشد و یا احکام کارگزینی و طرح طبقه بندی مشاغل نوشته شود.

* **میزان تماس** : مدت زمانی است که فرد شاغل در یک شیفت کاری در این عنوان شغل مشغول به کار می باشد.

* **شرح علل ، دلایل ، مبنی بر سخت و زیان آور شغل** : در داخل این ستون علل و دلایل ، مبنی بر سخت و زیان آور شغل ، نوشته شود.

توجه: براساس ماده 3 دستورالعمل اجرایی به فرمهای ناقص رسیدگی نخواهد شد ، لذا

1- فرم می بایست بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی تکمیل شود.

2- در صورت تکراری بودن توضیحات از خط چین ، و خالی گذاردن ستون مربوطه خودداری نموده و هر ردیف کامل نوشته شود.

* متقاضی محترم لطفاً پس از تکمیل قسمتهای (الف ، ب و ج) این درخواست ، نام و نام خانوادگی خود را در پائین این صفحه نوشته و امضاء نمایند.

فرم شماره چهار
(فرم اعتراض)

اداره کل تعاون کار و رفاه اجتماعی استان یزد

درخواست اعتراض به رای کمیته بدوی استانی موضوع ماده 8 آیین نامه اجرایی، بررسی و تطبیق مشاغل در کارهای سخت و زیان آور

شماره:

تاریخ:

الف) مشخصات معترض:

کارگر

کارفرما

مربوط به کارگر خانم/آقای

نام خانوادگی:

شماره بیمه شده / کد کارگاه:

کد ملی:

نشانی محل سکونت:

تلفن:

همراه:

نشانی آخرین محل اشتغال: استان:

تلفن:

کد پستی:

شماره و تاریخ ثبت رای بدوی:

تاریخ رای کمیته بدوی:

تاریخ ابلاغ رای بدوی:

ب) اعتراض به مشاغل بررسی شده در کمیته بدوی:

| ردیف | نام شرکت / کارگاه | شغل مورد اعتراض (مطابق با شغل مندرج در فرم یک یا فرم دو) | تاریخ شروع بکار | تاریخ خاتمه کار | شعبه پرداخت حق بیمه |
|------|-------------------|--|-----------------|-----------------|---------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

***** متقاضی محترم لطفا در این قسمت چیزی ننویسد *****

د) رای کمیته تجدید نظر استانی موضوع ماده 8 آیین نامه اجرایی

| ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | ردیف | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---|
| نتیجه نهایی آراء جلسه مورخ..... | نماینده کارفرمایان | نماینده کارگران | معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی | مدیرکل تأمین اجتماعی استان | مدیر کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان |
| | 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 |

- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضا حاضر شغل ردیف درخواست در گروه الف / ب مشاغل سخت و زیان آور تایید می نماید.

- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضا حاضر شغل ردیف درخواست در گروه الف / ب مشاغل سخت و زیان آور تایید می نماید.

- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضا حاضر شغل ردیف درخواست به دلیل عدم استمرار عوامل زیان آور در محیط کار تایید نمی نماید.

* رأی صادره در کمیته تجدیدنظر برای اشخاص داخل کشور سه ماه و برای افراد مقیم خارج از کشور شش ماه از تاریخ ابلاغ رأی، مطابق قانون آیین دادرسی دادگاه های عمومی و انقلاب در امور مدنی، در دیوان عدالت اداری قابل اعتراض است.