

فرم
شماره
یک

درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده درکارهای سفت وزیان آور

الف (مشخصات بیمه شده) :

نام خانوادگی نام پدر نام محل صدور
نام کد ملی شماره بیمه شده کد کارگاه
نشانی محل سکونت : استان شهرستان خیابان کوچه تلفن
نشانی آخرین محل اشتغال : استان شهرستان خیابان کوچه تلفن

ب (مشاغل مورد ادعای بیمه شده) :

ردیف	نام شرکت / کارگاه	قسمت محل اشتغال	فعالیت کارگاه		شغل مورد ادعا	میزان تماس	تاریخ شروع بکار	تاریخ خاتمه کار	شعب پرداخت حق بیمه
			محصول تولیدی						
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

ج) شرح وظایف :

د) شرح دلایل ، مدارک و مستندات متقاضی مبنی بر سخت وزیان آور بودن مشاغل (مستندات پیوست شود) :

تاریخ و محل امضاء بیمه
شده

تاریخ و شماره ثبت در اداره کار محل :

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					
نتیجه نهایی آراء	نماینده کارفرمایان				نماینده کارگران				کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی استان				معاون امور بیمه ای اداره کل تأمین اجتماعی استان یا نماینده وی				معاون روابط کار سازمان کار و امور 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			

