

فرم شماره  
چهار

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

کارگر

نام پدر

نام خانوادگی

نام

کارفرما

کد ملی

شماره شناسنامه

تاریخ تولد

تلفن

شماره بیمه شده

کمیته بدوی استان

نشانی آخرین محل اشتغال

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

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

محل امضاء و تاریخ

سمت :

نام و نام خانوادگی :

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					معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی					مدیرکل تأمین اجتماعی استان					رئیس سازمان کار و امور اجتماعی استان				
					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				

