

فرم شماره چهار (۴)

اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان

دستور ثبت:

(فرم اعتراض)

دبیرخانه مشاغل سخت و زیان آور

شماره ثبت:

درخواست اعتراض به رأی کمیته بدوی استانی موضوع ماده ۸ آیین نامه اجرایی، بررسی و تطبیق مشاغل در کارهای سخت و زیان آور

تاریخ ثبت:

الف) مشخصات معترض:

کارگر کارفرما

نام و نام خانوادگی:

کد تأمین اجتماعی کارگاه:

شماره بیمه شده:

شعبه بیمه:

نشانی و تلفن کارگاه:

کدپستی:

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 شرکت / کارگاه	شهر محل اشتغال	شعبه پرداخت حق بیمه
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

نام و نام خانوادگی درخواست کننده:

محل مهر، امضاء و تاریخ:

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

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

مدیر کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان					مدیر کل تأمین اجتماعی استان					معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی					نماینده کارگران					نماینده کارفرمایان					نتیجه نهایی آراء				
ردیف	مخالف	موافق	اتفاق	ردیف	مخالف	موافق	اتفاق	ردیف	مخالف	موافق	اتفاق	ردیف	مخالف	موافق	اتفاق	ردیف	مخالف	موافق	اتفاق	ردیف	مخالف	موافق	اتفاق	ردیف	مخالف	موافق	اتفاق		
۱				۱				۱				۱				۱				۱				۱					
۲				۲				۲				۲				۲				۲				۲					
۳				۳				۳				۳				۳				۳				۳					
۴				۴				۴				۴				۴				۴				۴					
۵				۵				۵				۵				۵				۵				۵					
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									
نتیجه نهایی آراء جلسه مورخ																													

*(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 نشد.