

فرم شماره یک

اداره کل تعاون کار و رفاه اجتماعی استان ایلام

دستور ثبت:

دبیرخانه مشاغل سخت و زیان آور

شماره ثبت:

درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت و زیان آور استان ایلام

تاریخ ثبت:

الف) مشخصات بیمه شده:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: کد کارگاه:
 محل صدور: کد ملی: شهرستان: خیابان: کوچه: تلفن:
 نشانی محل سکونت: شهرستان: خیابان: کوچه: تلفن:
 نشانی آخرین محل اشتغال: شهرستان: خیابان: کوچه: تلفن:

ب) مشاغل مورد ادعای بیمه شده:

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

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی متقاضی

ه) رای کمیته بدوی استانی موضوع ماده ۸ آیین نامه اجرایی. *** متقاضی محترم لطفاً در این محل چیزی ننویسید ***

ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	

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