| درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت و زیان آور | فرم شماره دو |
|---|---|

**الف) مشخصات کارفرما و کارگاه**

نام و نام خانوادگی کارفرما: نام کارگاه: کد کارگاه: کد پستی:

نوع فعالیت: نشانی: استان شهرستان خیابان کوچه

محصول تولیدی: شماره تلفن:

**ب) مشاغل سخت و زیان آور مورد ادعای کارفرما و کارگاه:**

| ردیف | عنوان شغل | شرح شغل | میزان تماس | شرح علل، دلایل، مدارک و مستندات مبتنی بر سخت و زیان آور شغل (مستندات پیوست شود) |
|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |
| ۴ | | | | |
| ۵ | | | | |

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: سمت: محل امضا و تاریخ

تاریخ و شماره ثبت در اداره کار محل: