فرم شماره چهار (۴) | اداره کل تعاون ،کارورفاه اجتماعی استان | شماره ثبت :

(فرم اعتراض) | دبیرخانه مشاغل سخت وزیان آور | تاریخ ثبت :

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

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 رای 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)	پست مورد اعتراض (مطابق با پست مندرج در فرم یک یا فرم دو)	نام شرکت /کارگاه	شهر محل اشتغال	شعبه پرداخت حق بیمه

نام و نام خانوادگی درخواست کننده : | **محل مهر و امضاء و تاریخ :**

*****متقاضی محترم لطفا در این قسمت چیزی ننویسید.*****

هـ) رأی کمیته بدوی استانی موضوع ماده ۸ آیین نامه اجرایی

مدیر روابط کار یارئیس بازرسی کار اداره کل تعاون،کار و رفاه اجتماعی استان					معاون امور بیمه ای اداره کل تأمین اجتماعی استان یا نماینده وی					کارشناس مسئول بهداشت حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی استان					نماینده کارگران					نماینده کارفرمایان					**نتیجه نهایی آراء**				
ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	مخالفف	الف	ب	ردیف	موافق	مخالف	الف	ب
۱																														
۲																														
۳																														
۴																														
۵																														
نام و نام خانوادگی					**نام و نام خانوادگی**					**نام و نام خانوادگی**					**نام و نام خانوادگی**					**نام و نام خانوادگی**					**نتیجه نهایی آراء در جلسه مورخ:**			
امضاء					امضاء					امضاء					امضاء					امضاء									

کمیته تجدیدنظر موضوع ماده ۸ آیین نامه مشاغل سخت وزیان آورموضوع بند ۵ جزء ب ماده واحده قانون اصلاح تبصره ۲ الحاقی ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی مصوب سال ۱۳۸۰ مو ضوع تصویبنامه شماره ۱۵۳۶۵/ت ۳۶۰۰ هـــ مورخ ۱۳۸۶/۲/۵ هیأت وزیران با حضور امضاءکنندگان ذیل به منظور بررسی درخواست فردی آقا/خانم ..... یا درخواست گروهی کارگاه ..... تشکیل و حسب گزارش کارشناسان موضوع ماده ۲ وتبصره ذیل آن و بررسی اوراق و مدارک موجود در پرونده و با در نظر گرفتن جمیع جهات اقدام به صدور رأی نمود.

(مشاغل ردیف های) ..... که در گروه (الف) / (ب) قرار دارند ، به (اتفاق آراء)/ (با اکثریت آراء) سخت وزیان آور شناخته **شُد.**

(مشاغل ردیف های) ..... به (اتفاق آراء)/ (با اکثریت آراء) سخت وزیان آور شناخته **نَشد.**

۱-کمیته‌های استانی مسئولیت بررسی تطبیق و تشخیص مشاغل سخت و زیان‌آور مورد ادعای متقاضیان را دارند و مسئولیت احراز سابقه اشتغال متقاضی در مشاغل یا پست های مورد ادعا و بررسی شرایط بازنشستگی صرفاً به عهده سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد.

۲-به استناد تبصره ۲ ماده ۱۶قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۹۲، رأی صادره ظرف مدت ۳ ماه از تاریخ ابلاغ برای اشخاص داخل کشور و ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ برای افراد مقیم خارج از کشور قابل فرجام خواهی در دیوان عدالت اداری خواهد بود.

ج) شرح مشاغل ویا پست های مورد اعتراض با ذکر دلایل (مستندات پیوست شود):

.....

.....

.....

.....

روش تکمیل فرم درخواست اعتراض به رأی کمیته بدوی استانی

الف: مشخصات معترض

معترض در این قسمت مشخصات دقیق خود شامل **"کارگر"** ،**"کارفرما"**، **"نام"**،**"نام خانوادگی "**،**"کد تأمین اجتماعی کارگاه"**،**" شماره بیمه شده"** همچنین **"نشانی وتلفن کارگاه به همراه کدپستی "** ، **"شماره وتاریخ رای بدوی "و" تاریخ ابلاغ رای بدوی"** را نوشته ودرمحل مورد نظر (امضاءمتقاضی) امضاء می نماید.

ب:جدول مشاغل مورد ادعای بیمه شده :

ردیف	شغل مورد اعتراض (مطابق با شغل مندرج در فرم یک یا دو)	پست مورد اعتراض (مطابق با پست مندرج در فرم یک یا دو)	نام شرکت /کارگاه	تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه کار	شعبه پرداخت حق بیمه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

درجدول مشاغل و پست های مورد اعتراض که دارای **۵ ردیف** است ، متقاضی **حداکثر**می تواند **۵ کارگاه** یا **۵ شغل** یا **۵ پست** مورد اعتراض خود را **(مطابق با موارد مندرج در فرم یک یا فرم دو)** نوشته ودر صورت داشتن اعتراض به بیش از **۵ کارگاه یا ۵ شغل یا ۵ پست** ، فرم دیگری درخواست نموده وتکمیل نماید.

نام شرکت/کارگاه : در داخل ستون مربوط به **"نام شرکت/کارگاه"** متقاضی می بایست نام دقیق شرکت یا کارگاههایی را که در آن سابقه به کارداشته ودارد را پر نماید.

تاریخ شروع به کارو **تاریخ خاتمه کار**:دراین قسمت **تاریخ شروع** به کارو **خاتمه کار** در هر **شغل** یا در هر **کارگاه** می بایست نوشته شود.

شعبه پرداخت حق بیمه : در این ستون می بایست شعبه بیمه تأمین اجتماعی که حق بیمه هرکارگاه به آن واریز شده است نوشته شود.

توجه: براساس ماده ۳ دستورالعمل اجرایی به فرم های ناقص رسیدگی نخواهد شد، لذا :

۱.فرم می بایست بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی تکمیل شود.

۲.فرم می بایست با خودکار آبی و کاملاخوانا تکمیل شود.

۳.درصورت تکراری بودن کارگاه یا شغل و شعبه تأمین اجتماعی از خط چین ، وخالی گذاردن ستون مربوطه خودداری نموده ونام دقیق کارگاه ، شغل یا شعبه تأمین اجتماعی نوشته شود.

*** متقاضی محترم لطفاً پس از تکمیل قسمتهای (الف، ب ، ج ، د) فرم درخواست انفرادی (فرم شماره یک) نام ونام خانوادگی خود را در پایین این صفحه نوشته و امضاء نمایید.**

نام ونام خانوادگی متقاضی **محل امضاء واثر انگشت**