

فرم شماره چهار (۴)

اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان

شماره ثبت:

(فرم اعتراض)

دبیرخانه مشاغل سخت و زیان آور

تاریخ ثبت:

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

تاریخ ابلاغ رای 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 لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.\*\*\*

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

مدیر روابط کار یارنئس 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 حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی استان					نماینده کارگران					نماینده کارفرمایان					نتیجه نهایی آراء					
ردیف	مخالف	موافق	تایید	ج	ردیف	مخالف	موافق	تایید	ج	ردیف	مخالف	موافق	تایید	ج	ردیف	مخالف	موافق	تایید	ج	ردیف	مخالف	موافق	تایید	ج	ردیف	مخالف	موافق	تایید	ج	
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 و زیان آور موضوع بند ۵ جزء ب ماده واحده قانون اصلاح تبصره ۲ الحاقی ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی مصوب سال ۱۳۸۰ موضوع تصویب نامه شماره ۱۵۳۶۵/ت ۳۶۰۰ هـ مورخ ۱۳۸۶/۲/۵ هیأت وزیران با حضور امضاء کنندگان ذیل به منظور بررسی درخواست فردی آقای/خانم ..... یا درخواست گروهی کارگاه ..... تشکیل و حسب گزارش کارشناسان موضوع ماده ۲ و تبصره 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 و زیان آور شناخته **نشده**.

(مشاغل ردیف های) ..... به (اتفاق آراء) / (با اکثریت آراء) سخت و زیان آور شناخته **نشده**.

۱- کمیته های استانی مسئولیت بررسی تطبیق و تشخیص مشاغل سخت و زیان آور 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 می باشد.

۲- به استناد تبصره ۲ ماده ۱۶ قانون 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 و یا 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 و تلفن کارگاه به همراه کدپستی"، "شماره و تاریخ رای بدوی" و "تاریخ ابلاغ رای بدوی" را نوشته و در محل مورد نظر (امضاء متقاضی) 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						

در جدول 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 و در صورت داشتن اعتراض به بیش از ۵ کارگاه یا ۵ شغل یا ۵ پست، فرم دیگری درخواست نموده و تکمیل 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 کار داشته و دارد را پر نماید.

**تاریخ شروع به کار و تاریخ خاتمه کار:** در این قسمت تاریخ شروع به کار و 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 هر کارگاه 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 کاملاً خوانا تکمیل شود.

۳. در صورت تکراری بودن کارگاه یا شغل و شعبه تأمین اجتماعی از خط چین، و خالی گذاردن ستون مربوطه خودداری نموده و نام 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 و نام خانوادگی خود را در پایین این صفحه نوشته و امضاء نماید.

محل امضاء و اثر انگشت

نام و نام خانوادگی متقاضی