



فرم ادعای سابقه

شعبه: ۵ تهران

شماره: ۲۲۴

تاریخ: ۱۴۰۴/۰۴/۳۱

فرم شماره یک

الف - مشخصات هویتی

نام: اکبر نام خانوادگی: اکبری شماره شناسنامه: ۱۲۴۵۸۲۱۵ شماره بیمه/مستمری: ۱۵۸۷۹۶۰۰۰۷
 نام پدر: اسماعیل محل صدور: قم تاریخ تولد: ۱۳۵۰/۲/۲ شماره ملی: ۱۵۹۳۴۶۵۸۹۱ سری و سریال شناسنامه: ۱۲۳۴۵۶۱۱۲

ب - وضعیت فعلی

☒ بیمه شده، ☐ مستمری بگیر، ☐ مقرری بگیر بیکاری، ☐ متوفی: تاریخ فوت: / / ۱۳، علت فوت:، ☐ مشمول سایر صندوقها
☐ از کار افتاده کلی: تاریخ حادثه یا شروع بیماری: / / ۱۳، ☐ ناشی از کار، ☐ غیر ناشی از کار، ☐ سایر: ذکر شود:

ج - مدعی اشتغال

☒ خود شخص ☐ وکیل قانونی: نام و نام خانوادگی: تلفن:
☐ وارث قانونی: نام و نام خانوادگی: نسبت: شماره انحصار وراثت / وکالتنامه:

د - دوره های مورد ادعا در کارگاه

نام کارگاه: شرکت ایران گستر کد کارگاه: ۲۵۸۹۶۴۱۲۳۵ نام کارفرما: محمد عبیدی
 نوع فعالیت: فروش تجهیزات صنعتی ☒ حقیقی ☐ حقوقی، شغل: کارشناس فروش کارگاه دائر می باشد: ☒ بلی ☐ خیر
 نشانی کارگاه: تهران، خیابان آزادی، خیابان بهبودی، پلاک ۱۸ تلفن کارگاه: ۰۲۱-۲۳۵۴۸۵۵۸

۱- اظهار مدعی: از تاریخ ۱۳۸۶/۰۴/۰۱ لغایت ۱۳۸۶/۱۲/۲۹
 نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید ☐ نمی باشد، ☒ می باشد.
 کارکرد نامبرده از تاریخ ۱۳۸۶/۰۴/۰۱ لغایت ۱۳۸۶/۱۲/۲۹ یا شغل: کارشناس فروش و دستمزد ماهانه: ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال مورد تأیید است.

۲- اظهار مدعی: از تاریخ ۱۳۹۸/۰۱/۰۱ لغایت ۱۳۹۸/۰۲/۳۱
 نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید ☒ نمی باشد، ☐ می باشد.
 کارکرد نامبرده از تاریخ ۱۳۹۸/۰۱/۰۱ لغایت ۱۳۹۸/۰۲/۳۱ یا شغل: اپراتور تولید و دستمزد ماهانه: ۲۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال مورد تأیید است.

۳- اظهار مدعی: از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳
 نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید: ☐ نمی باشد، ☐ می باشد.
 کارکرد نامبرده از تاریخ / / ۱۳ یا شغل: / / ۱۳ و دستمزد ماهانه: ریال مورد تأیید است.

نام، مهر و امضای کارفرما
محمد عبیدی

ه - اطلاعات هویتی سایر کارکنان کارگاه

نام	نام خانوادگی	شغل
حامد	غریب	اپراتور کامپیوتر
علی	عزقی	حسابدار
امیر	وهاپی	راننده

و - مدارک و مستندات

۱- قرارداد کار	۲- صورتحساب بانکی واریز حقوق	۳- رای اداره کار	و ...
----------------	------------------------------	------------------	-------

نشانی محل سکونت مدعی: تهران، خیابان شریعی، بالاتر از پل صدر، کوچه طوس، پلاک ۲۵، طبقه اول، واحد ۲. تلفن: ۰۲۱-۲۳۵۴۸۵۵۸. اثر انگشت و امضاء مدعی

ماده ۹۷ قانون تأمین اجتماعی: هر کس به استناد اسناد و گواهیهای خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا اشخاص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد، به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر خسارت وارده به سازمان و در صورت تکرار به حبس حنجه ای از شصت و یک روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.