

ج) شرح وظایف:

د) شرح دلایل، مدارک و مستندات (پیوست شود):

روش تکمیل فرم درخواست بررسی مشاغل سخت و زیان آور

الف: مشخصات بیمه شده

متقاضی در این قسمت مشخصات دقیق خود شامل "نام"، "نام خانوادگی"، "نام پدر"، "محل صدور"، "تاریخ تولد"، "شماره شناسنامه"، "کدملی" و "شماره بیمه شده" همچنین "نشانی و تلفن محل سکونت" و "نشانی و تلفن آخرین محل اشتغال" را نوشته و در محل مورد نظر (امضاء متقاضی) امضاء می نماید.

ب: جدول مشاغل مورد ادعای بیمه شده:

ردیف	نام شرکت/کارگاه	فعالیت کارگاه/محصول تولیدی	شغل مورد ادعا	تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه کار	شعبه پرداخت حق بیمه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

- در جدول مشاغل مورد ادعا که دارای **۵ ردیف** است، متقاضی حداکثر می تواند **۵ کارگاه** یا **۵ شغل** خود را نوشته و در صورت داشتن سابقه کار در بیش از **۵ کارگاه** یا **۵ شغل**، فرم دیگری درخواست نموده و تکمیل نماید. (از بدو استخدام تاکنون).
- نام شرکت/کارگاه:** در داخل ستون مربوط به "**نام شرکت/کارگاه**" متقاضی می بایست نام دقیق شرکت یا کارگاه هایی را که در آن سابقه به کار داشته و دارد را پُر نماید.
- فعالیت کارگاه/محصول تولیدی:** در داخل ستون مربوط به "**فعالیت کارگاه/محصول تولیدی**" دقیقاً محصولی که تولید میشود یا فعالیتی که ارائه می گردد، نوشته شود.
- شغل مورد ادعا:** این ستون از مهمترین ستونهای است که پُر کردن آن دقت بسیار زیادی لازم دارد.
 - در داخل ستون مربوط به **عنوان شغل** می بایست دقیقاً عنوان شغلی که در **لیست بیمه** قید شده و به تأمین اجتماعی ارسال شده، نوشته شود.
 - چنانچه متقاضی دارای احکام کارگزینی باشد، می بایست عناوین شغلی براساس احکام کارگزینی نوشته شود.
- 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 فرمهای ناقص رسیدگی نخواهد شد، لذا:

- فرم می بایست بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی تکمیل شود.
- فرم می بایست با خودکار آبی و کاملاً خوانا تکمیل شود.
- 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 پائین این صفحه نوشته و امضاء نماید.

محل امضاء و اثر انگشت

نام و نام خانوادگی متقاضی