فرم شماره دو (فرم درخواست گروهي)	**اداره کل تعاون کار ورفاه اجتماعی استان یزد** **در خواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت و زیان آور**

الف)مشخصات کارفرما وکارگاه:

نام و نام خانوادگی کارفرما: **نام کارگاه:** **کدملی:**

کد تامین اجتماعی کارگاه: **شعبه بیمه :** **نوع فعالیت:** **محصول تولیدی:**

نشانی وتلفن کارگاه : **کدپستی:**

ب)مشاغل سخت وزیان آور مورد ادعای کارفرما درکارگاه:

ردیف	عنوان شغل مورد ادعا	شرح شغل	میزان تماس	شرح علل،دلایل،مدارك ومستندات مبتني بر سخت وزیان آور شغل(مستندات پیوست شود)
۱	کارشناس کاردرمانی	ارزیابی و اجرای برنامه های توانبخشی جسمی،ذهنی و حرکتی برای بیماران دچار اختلالات حرکتی یا روانی	روزانه	بلند کردن بیماران، کار با بیماران روانی، خطر آسیب اسکلتی عضلانی
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

*****متقاضی محترم لطفا دراین قسمت چیزی ننویسید*****

هـ)رای کمیته بدوی استانی موضوع ماده 8 آئین نامه اجرایی

ردیف	مخالف	موافق	الف	ج	ردیف	مخالف	موافق	الف	ج	ردیف	مخالف	موافق	الف	ج	ردیف	مخالف	موافق	الف	ج	ردیف	مخالف	موافق	الف	ج
1					۱					۱					۱					۱					۱
2					۲					۲					۲					۲					۲
3					۳					۳					۳					۳					۳
4					٤					٤					٤					٤					٤
5					٥					٥					٥					٥					٥
6					٦					٦					٦					٦					٦

معاون روابط کار یا نماینده وي	معاون امور بیمه اي یا نماینده وي	کارشناس مسئول بهداشت استان	نماینده کارگران	نماینده کارفرمایان	
نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	***نتیجه نهایی آراء*** ***جلسه مورخ.....***

- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضاء حاضر شغل ردیف ..... درخواست در گروه **الف** / **ب** مشاغل سخت و زیان آور **تایید می نماید**./

- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضاء حاضر شغل ردیف ..... درخواست در گروه **الف** / **ب** مشاغل سخت و زیان آور **تایید می نماید**./

- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضاء حاضر شغل ردیف .....درخواست به دلیل عدم استمرار عوامل زیان آور در محیط کار **تایید نمی نماید**./