**بسمه تعالی**

جناب آقای /سرکارخانم مهندس......................

کارشناس مسئول محترم بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ..........................

**حسب دستور کار شماره .............مورخ ............. در خصوص اعلام وضعیت مشاغل مورد ادعای بیمه شدگان گزارش ذیل تقدیم می گردد :**

جدول نحوه بررسی کارشناس :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام ونام خانوادگی بیمه شده | عناوین شغلی | بررسی پرونده کارگاهی وپرونده پزشکی متقاضی | بررسی مستندات اندازه گیری | بازدید از کارگاه وبررسی وضعیت موجود |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام ونام خانوادگی بیمه شده | عناوین شغلی | تاریخ | | نام کارگاه | نام کارفرما | وضعیت کارگاه | | | | | ایستگاه کار (ذکر محل دقیق اشتغال در کارگاه) | مشخصات کار | | | | |
| فعال | نیمه فعال | تعطیل | منحل | سایر با ذکر وضعیت |
| شروع بکار | خاتمه کار | شیفت کاری | تناوب کاری | | | مدت کار در یک شیفت (ساعت) |
| دائمی | فصلی | موقت |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول مشخصات کلی تقاضا:

شرح شغل به اختصار :

ردیف 1........................................................................................................................................................................................................................

ردیف 2..........................................................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................

ردیف 3 ........................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

ردیف 4 .......................................................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................

ردیف 5 .........................................................................................................................................................................................................................

جدول مشخصات شغل / مشاغل مورد ادعا یی که پیشنهاد می گردد در مشاغل گروه "ب" قرار گیرد

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام ونام خانوادگی بیمه شده | عناوین شغلی در انطباق با گروه "ب" | ماده مورد انطباق | تعاریف مورد انطباق | مصادیق مورد انطباق | سایر ادله |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان شغلی مورد ادعا | حدود تماس شغلی  (برای عوامل فیزیکی /شیمیایی) | عوامل زیان آور محیط کار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| عوامل فیزیـکی | | | | | | | | | | عوامل شیمیایی | | | | | | | | | عوامل بیولوژیکی | عوامل مکانیکی |
| روشنایی (لوکس-LUX) | صدا (دسی بل-d.b) | ارتعاشات | | پرتوها و تشعشعات | | شرایط جوی نامناسب | | | | گازها وبخارات (P.P.M) | | | آئروسل  (µm)یا (M.g/M3) | | | مایعات  (P.P.M)  یا (M.g/M) | | |
| تماس موضعی با ارتعاش (m/s2) | ارتعاش تمامی بدن (m/s2) | پرتوهای یونساز\* (میلی سیورت) | پرتوهای غیر یونیزان (تسلا- T ،j/m2) | شاخص دمای ترگوی سان(WBGT) | فشار (mm.Hg) | درجه حرارت (C0) | رطوبت(%) | ماده 1 | ماده2 | ماده3 | ماده 1 | ماده2 | ماده3 | ماده 1 | ماده2 | ماده3 | با ذکر مورد | با ذکر مورد |
| 1 |  | نوع آلاینده |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مدت مواجهه در روز (ساعت) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| میزان مواجهه |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| میزان استاندارد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | نوع آلاینده |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مدت مواجهه در روز (ساعت) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| میزان مواجهه |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| میزان استاندارد |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول مشخصات شغل / مشاغل مورد ادعایی که پیشنهاد می گردد در مشاغل گروه " الف " قرار گیرد

\*درصورت وجود پرتوهای یونساز در محیط کار مطابق قانون حفاظت در برابر اشعه مرجع تشخیص سازمان انرژی اتمی می باشد

سایر توضیحات مورد نیاز :

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای: تاریخ امضاء