

پیوست ۱

فرم درخواست تعیین افزایش مدت خدمت کار با اشعه

(توجه: این فرم الزاماً توسط متقاضی تکمیل می گردد.)

۱- مشخصات فردی

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:
 کد ملی: تاریخ تولد: آخرین مدرک تحصیلی:
 رشته تحصیلی: نام آخرین محل کار (براساس پروانه/مجوز صادره از واحد قانونی):
 آدرس محل کار: تلفن:
 آدرس محل سکونت: شماره تلفن همراه (الزامی):

مشخصات صندوق بازنشستگی:

صندوق بازنشستگی کشوری (خدمات درمانی) ☐

سازمان تامین اجتماعی ☐ شعبه تامین اجتماعی: آدرس شعبه:

غیره ☐ نام بیمه: شعبه: آدرس شعبه:

۲- سوابق کار

۱-۲- میزان سوابق کار بر اساس لیست بیمه روز (لیست بیمه تایید شده ضمیمه گردد.)

۲-۲- حداقل میزان سوابق مورد نیاز جهت بازنشستگی روز (الزامی)

۳-۲- مشخصات محل های کار با اشعه و سابقه کار با اشعه به ترتیب تاریخ از بدو استخدام در جدول زیر درج گردد.

ردیف	نام محل کار	عنوان شغل پرتوی	گروه پرتوکاری	تاریخ		نوع منابع پرتو	شماره دزیتر فردی
				شروع به کار	خاتمه کار		
۱				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۲				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۳				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۴				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۵				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۶				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۷				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۸				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۹				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۱۰				۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
جمع سنوات کار با اشعه							سال و ماه و روز

۳- تعهد نامه فرد متقاضی

اینجانب..... ضمن پیوست مدارک مورد نیاز، بر اساس بند ۳ ماده ۲۰ قانون حفاظت در برابر اشعه، متقاضی تعیین افزایش مدت خدمت کار با اشعه جهت بازنشستگی ☐ از کارافتادگی ☐ بازخرید ☐ تعیین حقوق وظیفه ☐ بر اساس مدت..... سال و ماه و روز کار با اشعه می‌باشم و مسئولیت صحت کلیه مندرجات این فرم را بر عهده گرفته و بر اساس بند ۳ ماده ۱۹ آیین‌نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه در صورت مشخص شدن هرگونه اطلاعات خلاف واقع و مدرک‌سازی از امتیاز بند ۳ ماده ۲۰ قانون مذکور به طور کامل محروم و مکلف به پرداخت کلیه وجوه و خسارات ناشی از تقلب و مدرک‌سازی خواهم بود.

هم چنین از واحد قانونی درخواست می‌نمایم در صورتی که میزان افزایش مدت خدمت کار با اشعه اینجانب کمتر از حداقل میزان سوابق مورد نیاز جهت بازنشستگی اعلام شده در بند ۲-۲ این فرم باشد، با توجه به عدم تکمیل سوابق مورد نیاز جهت بازنشستگی اقدام زیر را در مورد اینجانب معمول دارد:

☐ نامه افزایش مدت خدمت کار با اشعه اینجانب صادر نگردیده و مراتب عدم کفایت افزایش سنوات جهت بازنشستگی به مرکز کار با پرتو درخواست کننده اعلام گردد.

☐ نامه افزایش مدت خدمت کار با اشعه اینجانب صادر و به مرجع مربوطه ارسال گردد.

توضیح: در صورت صدور نامه افزایش مدت خدمت کار با اشعه و ابلاغ آن توسط واحد قانونی، بازنگری در مصوبه تا یک سال امکان‌پذیر نمی‌باشد.

تاریخ نام و نام خانوادگی و امضاء پرتوکار.....

پیوست ۲

فرم خلاصه پرونده خدمتی کار با اشعه پرتوکاران جهت تعیین افزایش مدت خدمت کار با اشعه

(توجه: این پیوست الزاماً توسط مرکز کار با پرتو تکمیل می‌گردد.)

۱- خلاصه وضعیت مشخصات محل‌های کار با اشعه و بازه زمانی کار با اشعه

ردیف	محل خدمت (واحد سازمانی)	شماره پروانه/مجوز	عنوان شغل پرتوی	گروه پرتوکاری	فعالیت ^۱ کد طبقه ^۲ کد ماهیت کار ^۳	تاریخ ^۳	
						از	تا
۱						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۲						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۳						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۴						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۵						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۶						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۷						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۸						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۹						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
۱۰						۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....
جمع سنوات کار با اشعه			سال و ماه و روز				

۱- این ستون بر اساس پیوست شماره ۴ و ۵ دستورالعمل تکمیل گردد.

۲- این ستون بر اساس جدول شماره ۱ دستورالعمل تکمیل گردد.

۳- تاریخ: تاریخ شروع و پایان تصدی شغل پرتوی.

سوابق کار متقاضی بر اساس لیست بیمه پیوست از مجموع ۱۰۹۵۰ روز مورد نیاز جهت بازنشستگی، تا تاریخ (آخرین تاریخ ثبت بیمه) به

میزان روز بوده و جهت بازنشستگی به حداقل روز نیاز دارد.

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده: تاریخ:

۲- سوابق پرتوگیری غیرعادی

موارد پرتوگیری که منجر به ممنوعیت از کار پرتوی شده است، در جدول ذیل تکمیل و مدارک مربوط پیوست گردد (توسط فیزیک بهداشت مرکز

تکمیل گردد).

ردیف	محل کار با پرتو	تاریخ			مقدار پرتوگیری	توضیحات
		پرتوگیری	شروع ممنوعیت	رفع ممنوعیت		
۱		۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۲		۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		
۳		۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....		

۳- نظریه کمیسیون تشخیص پرتوکاری مرکز کار با پرتو

اینجانبان امضاء کنندگان زیر (مسئولین مرکز) با شماره و تاریخ پروانه اشتغال / مجوز کار با اشعه (کلیه موارد مندرج در فرم‌های شماره ۱، ۲ و ۳ را بررسی نموده، مدت سال و ماه و روز کار مستمر با پرتو آقای / خانم تأیید می‌گردد. توضیحات:

۱- نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت: تلفن امضاء

۲- نام و نام خانوادگی شخص مسئول: تلفن امضاء

۳- نام و نام خانوادگی دارنده پروانه/مجوز یا نماینده تام‌الاختیار وی: تلفن امضاء

۴- نظریه مسئول فیزیک بهداشت کل (ویژه سازمان انرژی اتمی و مراکز دارای مسئول فیزیک بهداشت کل)

مدت سال و ماه و روز کار مستمر با پرتو آقای / خانم تأیید می‌گردد.

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده: تاریخ: امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت کل: تلفن امضاء

۵- تأییدیه محل خدمت

با تعیین افزایش مدت خدمت کار با اشعه نامبرده به منظور بهره‌مندی از مفاد بند ۳ ماده ۲۰ قانون و ماده ۲۰ آیین‌نامه موافقت می‌گردد.

نام و نام خانوادگی مسئول اداره کارگزینی/ امور اداری و استخدامی / نیروی انسانی: امضاء و مهر

نام و نام خانوادگی بالاترین مقام مرکز کار با پرتو یا نماینده تام‌الاختیار وی: امضاء و مهر

پیوست ۳

فرم وضعیت سلامت پرتوکاران جهت درخواست تعیین افزایش مدت خدمت کار با اشعه

۲- اطلاعات فردی پرتوکار

نام:	نام خانوادگی:	سال تولد:
نام آخرین مرکز کار با اشعه:		کد ملی:

۳- تاییدیه مسئول فیزیک بهداشت مرکز کار با پرتو

آیا سابقه سانحه پرتوی یا پرتوگیری غیرعادی در مدت اشتغال به کار با پرتو وجود داشته است؟ ☐ خیر ☐ بلی توضیح مورد (با ذکر زمان و میزان پرتوگیری) و شرح اقدامات انجام شده:	
تاریخ: مهر و امضاء مسئول فیزیک بهداشت کل	تاریخ: مهر و امضاء مسئول فیزیک بهداشت مرکز

۴- تاییدیه پزشک معتمد مرکز کار با پرتو

آیا در آزمایش‌های پزشکی دوره‌ای و یا معاینه‌های بالینی در مدت خدمت کار با اشعه مورد غیرطبیعی مشاهده گردیده است؟ خیر ☐ بلی ☐ توضیح مورد و شرح اقدامات انجام شده: سابقه بیماری: مصرف دارو:	
تاریخ: مهر و امضاء پزشک معتمد مرکز	

در این قسمت نتایج آخرین معاینات و آزمایش‌های پزشکی پرتوکار ثبت گردد (حداکثر مربوط به شش ماه قبل از درخواست)

نتایج آزمایش: طبیعی ☐ غیرطبیعی ☐ توضیح موارد:	نتیجه معاینه بالینی: طبیعی ☐ غیرطبیعی ☐ توضیح موارد:
تاریخ: مهر و امضاء پزشک معتمد مرکز	

- فرم تکمیل شده باید به همراه نتایج آزمایش‌های پزشکی شامل CBC, PLT, Diff, U/A که حداکثر ۶ ماه از تاریخ آن نگذشته باشد، ارسال گردد.