

پیوست ۱

فرم درخواست احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه

۱- مشخصات فردی

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:

کد ملی: تاریخ تولد: محل تولد: آخرین مدرک تحصیلی:

رشته تحصیلی: مجموع سوابق خدمتی:

نام آخرین موسسه محل کار: نام صندوق بازنشستگی:

آدرس محل کار: تلفن:

آدرس محل سکونت: تلفن:

۲- سوابق کار با اشعه

مشخصات محل‌های کار با اشعه و سابقه کار به ترتیب از بدو استخدام در جدول زیر درج گردد.

ردیف	نام محل کار	تاریخ		سمت	نوع منابع پرتو	شماره دزیتر فردی	گروه پرتوکاری
		شروع به کار	خاتمه کار				

۳- سوابق پرتوگیری غیرعادی

در صورت پرتوگیری غیرعادی جدول ذیل تکمیل گردد (مدارک پرتوگیری غیرعادی پیوست گردد).

ردیف	محل کار با پرتو	نوع پرتو و منبع آن	تاریخ پرتوگیری	مقدار پرتوگیری	توضیحات

راهنمای تکمیل و ارسال پیوست شماره ۱ درخواست احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه

بند ۱: در این بند مشخصات فردی بر اساس شناسنامه و کارت ملی و همچنین آخرین موسسه محل کار و نام صندوق بازنشستگی، مجموع سوابق خدمتی، آدرس کامل، شماره تلفن محل سکونت و محل کار توسط متقاضی تکمیل گردد.

بند ۲: در این قسمت مشخصات محل های کار با اشعه و سابقه کار به ترتیب از بدو استخدام توسط فرد متقاضی تکمیل گردد.

بند ۳: در این قسمت کلیه سوابق پرتوگیری های غیر عادی و یا سوانح در صورت وجود با ذکر تاریخ پرتوگیری و مقدار پرتوگیری توسط فرد متقاضی تکمیل گردد.

بند ۴: در این قسمت صحت کلیه مندرجات پرسشنامه توسط فرد متقاضی تأیید و امضا گردد.

بند ۵: این قسمت مربوط به مراکز کار با پرتو خارج از سازمان انرژی اتمی ایران می باشد. که توسط اعضای کمیسیون ماده ۲۰ این مراکز (شامل مسئول فیزیک بهداشت، شخص مسئول، دارنده پروانه یا نماینده تام الاختیار آن) سنوات کار با اشعه شخص متقاضی تأیید و امضا گردد. معاونتها، شرکت های وابسته و مراکز تابعه سازمان نیازی به تکمیل این بخش را ندارند.

بند ۶: این قسمت جهت کارکنان سازمان انرژی اتمی ایران می باشد که سنوات کار با اشعه شخص متقاضی توسط مسئول فیزیک بهداشت کل تأیید و امضا گردد.

بند ۷:

در بند ۷-۱: این قسمت مربوط به تأییدیه محل خدمت متقاضی و توسط بالاترین مقام مسئول مستقیم در پژوهشگاه / شرکت / مراکز تابعه امضاء گردد

در بند ۷-۲: این قسمت توسط بالاترین مقام معاونت/پژوهشگاه متناظر هر یک از شرکت ها /مراکز و پژوهشگاه ها تأیید و امضاء گردد

• بدیهی است تکمیل و تأیید بند ۷ به منزله تأیید کلیه مسئولین مرتبط و تامین اعتبارات لازم جهت بازنشستگی / از کار افتادگی/بازخرید متقاضی می باشد

جهت احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه لازم است فرم های موضوع پیوست های شماره ۱ و ۲ و ۳ به همراه آزمایشات پزشکی تعیین شده پس از تکمیل و تأیید از طریق معاونت متناظر هر یک از مراکز/ شرکت ها/پژوهشگاه به دفتر امور حفاظت در برابر اشعه ارسال گردد.

۴- تعهد نامه فرد متقاضی

اینجانب.....ضمن پیوست مدارک مورد نیاز، بر اساس بند ۳ ماده ۲۰ قانون حفاظت در برابر اشعه، متقاضی احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه جهت بازنشستگی □ از کارافتادگی □ بازخرید □ بر اساس مدت.....سال و.....ماه کار با اشعه می‌باشم و مسئولیت صحت کلیه مندرجات این پرسشنامه 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 کلاً محروم و مکلف به استرداد کلیه وجوه دریافت شده و خسارات ناشی از آن خواهم بود.

امضاء فرد متقاضی تاریخ

۵- نظریه کمیسیون ماده ۲۰ قانون حفاظت در برابر اشعه

اینجانبان امضاء کنندگان زیر، کلیه موارد مندرج در فرم‌های شماره ۱، ۲، ۳ را بررسی نموده، مدت.....سال و.....ماه 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 یا نماینده تام‌الاختیار آن:.....تلفن.....امضاء

۶- نظریه مسئول فیزیک بهداشت کل (ویژه سازمان انرژی اتمی و مراکز دانشگاهی)

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

نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت کل:.....تلفن.....امضاء

۷- تأییدیه محل خدمت

۱-۷ تأیید واحد / بخش محل خدمت

با بازنشستگی آقای / خانم.....موافقت می‌گردد / نمی‌گردد.

نام و نام خانوادگی مقام مسئول:

امضاء و تاریخ:

۲-۷ تأیید رئیس مرکز

با بازنشستگی آقای / خانم.....موافقت می‌گردد / نمی‌گردد.

نام و نام خانوادگی مقام مسئول:

امضاء و تاریخ:

راهنمای تکمیل و ارسال پیوست شماره ۱ درخواست احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه

بند ۱: در این بند مشخصات فردی بر اساس شناسنامه و کارت ملی و همچنین آخرین موسسه محل کار و مجموع سوابق خدمتی، آدرس کامل، شماره تلفن محل سکونت و محل کار توسط متقاضی تکمیل گردد.

بند ۲: در این قسمت مشخصات محل های کار با اشعه و سابقه کار به ترتیب از بدو استخدام توسط فرد متقاضی تکمیل گردد.

بند ۳: در این قسمت کلیه سوابق پرتوگیری های غیر عادی و یا سوانح در صورت وجود با ذکر تاریخ پرتوگیری و مقدار پرتوگیری توسط فرد متقاضی تکمیل گردد.

بند ۴: در این قسمت صحت کلیه مندرجات پرسشنامه توسط فرد متقاضی تأیید و امضا گردد.

بند ۵: این قسمت مربوط به مراکز کار با پرتو خارج از سازمان انرژی اتمی ایران می باشد. که توسط اعضای کمیسیون ماده ۲۰ این مراکز (شامل مسئول فیزیک بهداشت، شخص مسئول، دارنده پروانه یا نماینده تام الاختیار آن) سنوات کار با اشعه شخص متقاضی تأیید و امضا گردد. معاونتها، شرکت های وابسته و مراکز تابعه سازمان نیازی به تکمیل این بخش را ندارند.

بند ۶: این قسمت جهت کارکنان سازمان انرژی اتمی ایران می باشد که سنوات کار با اشعه شخص متقاضی توسط مسئول فیزیک بهداشت کل تأیید و امضا گردد.

بند ۷:

در بند ۷-۱: این قسمت مربوط به تأییدیه محل خدمت متقاضی و توسط بالاترین مقام مسئول مستقیم در پژوهشگاه / شرکت / مراکز تابعه امضاء گردد

در بند ۷-۲: این قسمت توسط بالاترین مقام معاونت/پژوهشگاه متناظر هر یک از شرکت ها /مراکز و پژوهشگاه ها تأیید و امضاء گردد

• بدیهی است تکمیل و تأیید بند ۷ به منزله تأیید کلیه مسئولین مرتبط و تامین اعتبارات لازم جهت بازنشستگی / از کار افتادگی/بازخرید متقاضی می باشد

جهت احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه لازم است فرم های موضوع پیوست های شماره ۱ و ۲ و ۳ به همراه آزمایشات پزشکی تعیین شده پس از تکمیل و تأیید از طریق معاونت متناظر هر یک از مراکز/ شرکت ها/پژوهشگاه به دفتر امور حفاظت در برابر اشعه ارسال گردد.

بیوست ۲

فرم خلاصه پرونده خدمتی خانم/آقای

جهت درخواست احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه

توضیحات	نوع خدمت					شماره و تاریخ ابلاغ یا حکم	درصد پرتوکاری	گروه پرتوکاری	مدت			تاریخ		شغل مورد تصدی (پست سازمانی)	محل خدمت (واحد سازمانی)	ردیف
	مهر حضی بدون حقوق	انفصال	تعین	نیمه وقت	تمام وقت				سال	ماه	روز	از	تا			
مجموع سنوات خدمتی																

نام صندوق بازنشستگی^۱: شعبه: آدرس: تلفن و فاکس:

تایید اداره کارگزینی / امور اداری و استخدامی: نام و نام خانوادگی تنظیم کننده: تاریخ:

نام و نام خانوادگی مسئول /مدیر اداره: تاریخ: مهر و امضاء:

^۱ : با توجه به صدور نامه تأییدیه سنوات کار با اشعه مشمولین صندوق بازنشستگی تامین اجتماعی به شعبه تامین اجتماعی مورد درخواست، تکمیل این بند جهت مشمولین صندوق مذکور الزامی می باشد.

راهنمای تکمیل و ارسال پیوست شماره ۲ فرم خلاصه پرونده خدمتی

- ستونهای مختلف جدول خلاصه پرونده خدمتی می بایست بصورت کامل و با جزئیات توسط اموراداری / کارکنان مرکز محل خدمت متقاضی و بر اساس مستندات و سوابق موجود در پرونده شخص تکمیل و توسط رئیس یا مدیر اداری / کارکنان مهر و امضاء گردد.
- در ستون سوم (شغل مورد تصدی) لازم است اطلاعات شغلی متقاضی بر اساس ابلاغیه های محل کار که نشان دهنده ماهیت و نوع کار متقاضی و در صورت نیاز ذکر نام تاسیسات یا شرکت/مرکز ارائه گردد.
- در ستونهای ۹، ۱۰، ۱۱ (گروه و درصد پرتوکاری و شماره و تاریخ ابلاغ یا حکم) لازم است گروه و درصد پرتوکاری متقاضی در هر یک از مشاغل مورد تصدی بر اساس احکام و یا ابلاغیه های صادره از کار گروه یا کمیسیون تشخیص پرتوکاری و تعیین گروه و درصد پرتوکاری وقت ثبت گردد. در مواردی که متقاضی دارای هیچگونه سابقه ای در این زمینه نمی باشد لازم است موضوع در این ستون مشخصاً "اعلام گردد.
- با توجه به صدور نامه تأییدیه سنوات کار با اشعه مشمولین صندوق بازنشستگی تامین اجتماعی به شعبه تامین اجتماعی اعلام شده، تکمیل اطلاعات مربوط به شعبه تامین اجتماعی درخواست کننده جهت مشمولین صندوق مذکور الزامی می باشد.
- با توجه به اینکه بر اساس دستورالعمل جدید محاسبه سنوات ارفاقی بر مبنای شرایط محیط کار و شغل متقاضی صورت خواهد پذیرفت، از اینرو در صورت دریافت فرم های خلاصه پرونده خدمتی ناقص و نامفهوم مدارک عودت داده خواهد شد.

پیوست ۳فرم وضعیت سلامت پرتوکاران

جهت درخواست احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه

۱- اطلاعات فردی پرتوکار

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

۲- 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 مرکز

تاریخ: _____
مهر و امضاء مسئول کل فیزیک بهداشت

۳- 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.

راهنمای تکمیل و ارسال پیوست شماره ۳ فرم وضعیت سلامت پرتوکاران

بند ۱: مشخصات فردی بر اساس شناسنامه و کارت ملی و همچنین آخرین محل کار با اشعه توسط فرد متقاضی تکمیل گردد.

بند ۲: در این قسمت در صورت وجود سابقه سانحه پرتوی یا پرتوگیری غیرعادی در مدت اشتغال به کار با پرتومتقاضی، مورد (با ذکر زمان و میزان پرتوگیری) و شرح اقدامات انجام شده توسط مسئول فیزیک بهداشت مرکز تکمیل و امضاء و به تائید فیزیک بهداشت کل برسد.

بند ۳: در این بند وضعیت سلامت پرتوکاران با توجه به آزمایشات CBC, PLT, Diff, U/A و سوابق و پرونده پزشکی متقاضی توسط پزشک معتمد و یا طب کار مرکز کار با پرتو بررسی و اعلام گردد.

در ادامه نتایج آخرین معاینات و آزمایشات پزشکی نیز توسط پزشک مرکز ثبت و به همراه آزمایشات مذکور و سایر مدارک لازم (فرم ها و ضمائم آن) جهت تعیین سنوات ارفاقی کار با اشعه از مبادی ذیربط ارسال خواهد شد.