



سازمان تامین اجتماعی

اداره کل تامین اجتماعی استان .....

شعبه .....

فرم نمونه شماره ۱

## فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی

( بیمه شده اصلی )

محل الصاق عکس

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی .....

با سلام

نظر به اینکه اینجانب خانم / آقای

بیمه شده شماره

بعلت بیماری / عارضه

از تاریخ

تحت معالجه

خانم/آقای دکتر متخصص بیماریهای

بوده و هم اکنون بعلت خاتمه درمان و طبق

نظر ایشان ( اصل گواهی و مدارک درمانی پیوست ) توانائی انجام کار ندارم لذا خواهشمند است دستور فرمائید در صورت

احراز شرایط قانونی اقدام لازم در خصوص معرفی به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی معمول

نمایند. ضمناً گواهی می نمایم تحت تکفل شخص دیگری نبوده و همینطور مشمول هیچکدام از صندوقهای بازنشستگی نمی

باشم و متعهد می گردم در روند رسیدگی به پرونده ، اطلاعات و مدارک پزشکی لازم را صادقانه در اختیار مسئولین قرار دهم

. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا مسئولیت جبران خسارات وارده را عهده دار خواهم بود .

آدرس و تلفن محل سکونت :

آدرس و تلفن محل اشتغال :

عنوان دقیق شغل و ساعات کار:

معاینات قبل از استخدام و دوره ای :

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج :

نام بیمارستانهای محل بستری ، علت بستری و تاریخ بستری :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سازمان :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها :

تحت پوشش نهاد حمایتی بعلت بیماری های مورد درخواست:

کارت پایان خدمت یا معافیت پزشکی ( بعلت بیماری های مورد درخواست):

مدارک پیوست : ( آزمایش (سونوگرافی) ام ار آی ( سی تی اسکن

( نوار قلب ( نوار ریه ( نوار عصب و عضله ( سایر مدارک .....

نام و نام خانوادگی و امضاء بیمه شده

یا وکیل قانونی