

بسمه تعالی

**وزارت بهداشت – معاونت بهداشت – مرکز سلامت محیط وکار**

**معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ........ شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان ....**

**فرم تقاضای بررسی شمول کسر مالیاتی آیین نامه اجرایی ماده 94 قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی کارفرما** | **شماره ملی** | **نام پدر** | **تلفن** | **نام کارگاه** | **نوع فعالیت** | **شماره اقتصادی** | **کد پستی کارگاه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نشانی کارگاه** |  | | | | | | |

**با توجه به عملکرد موثر اینجانب …………..……… در راستای اجرای خدمات بهداشت حرفه ای و مراقت های بهداشتی درمانی، طبق موارد ذیل تقاضای کسر مالیاتی به مبلغ عددی ............................................................ریال و به حروف ...............................................ریال را دارم. خواهشمندم دستور فرمایید، در صورت تأیید نسبت به ارسال درخواست اینجانب به اداره امور مالیاتی استان/ شهرستان اقدام گردد.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بند** | **اقدامات در انطباق با بند های ماده 2 ‌آیین‌نامه اجرایی ماده (94) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت** | **تعداد شاغلین بهره مند از خدمات** | **مبلغ کل هزینه (ریال)** |
| الف | **آموزش و‌ بازآموزی در علوم بهداشتی برای کارفرمایان، کارگران، کارکنان و‌کارآموزان** |  |  |
| ب | **معاینات بالینی و پاراکلینیکی (‌قبل از استخدام دوره ای، اختصاصی) و تکمیل فرم‌ معاینات کارگری** |  |  |
| پ | **گسترش و ارتقای ضوابط استانداردها و خدمات بهداشتی و درمانی در مراکز ایجاد ‌شده در کارگاه** |  |  |
| ت | **اجرای ضوابط و دستورالعمل‌های‌ وزارت بهداشت براساس ماده (85) و تبصره ماده (96)‌قانون کار** |  |  |
| ث | **تهیه وسایل و تجهیزات و مواد مصرفی و به کارگیری نیروهای بهداشت حرفه‌ای و‌ پزشک برای انجام کمک‌های اولیه در وقوع حوادث و سوانح در محیط کار، ارزیابی عوامل زیان آور ناشی از محیط‌کار، اجرای معاینات کارگری و تشخیص زودرس بیماری‌ها و درمان سرپایی بیماران.** |  |  |
| ج | **اندازه گیری عوامل زیان آور بیماری زا، طراحی و اجرای برنامه‌های کاهش و کنترل‌عوامل زیان آور در محیط کار** |  |  |
| چ | **ایجاد و بهسازی تسهیلات بهداشتی به منظور تطبیق شرایط موجود با آیین تأسیسات‌کارگاه از نظر بهداشت براساس ماده (156) قانون کار** |  |  |
| ح | **تهیه،تدوین، طراحی و چاپ و تکثیر جزوات و پوستر در زمینه‌های بهداشتی ‌بخصوص بهداشت حرفه‌ای** |  |  |
| **جمع کل هزینه ها** | |  |  |
| **اسناد مثبته پیوست می باشد**  **نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما:** | | **شماره:**  **تاریخ:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **نظر شبکه / مرکز بهداشت شهرستان** | |
| **الف - عملکرد مربوط به بندهای ......................................................................... از لحاظ اجرایی مورد تأیید است󠄰**  **ب – عملکرد از لحاظ اجرایی مورد تأیید نیست󠄉**  **نام و نام خانوادگی رییس گروه/ کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای:**  **نام و نام خانوادگی رییس مرکز / شبکه و امضاء** | **شماره:**  **تاریخ:** |