

به شعبه ۱۰۲ ارجاع می شود.

امضا

رئیس / معاون دیوان عدالت اداری

تاریخ تقدیم دادخواست: ۱۴۰۲/۰۴/۰۳

تاریخ ثبت: ۱۴۰۲ / ۰۴ / ۰۳

شماره ثبت: /۰۹۹۸۰ /

دینا تخصصی ترین سایت مشاوره حقوقی

* قبل از ارائه دادخواست به دیوان عدالت اداری، اخذ کاربری ثنا الزامی می باشد.

مشخصات	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی *	تاریخ تولد * (روز/ماه/سال)	تابعیت	شغل
شاکلی حقیقی	محمد	محمدی	محمد	*****	۱۴۰۲/۰۴/۰۳	ایران	تراش کار

مشخصات	نام شرکت / موسسه / سازمان	شماره ثبت شرکت *	کد اقتصادی	نام و نام خانوادگی دارندگان حق امضا
شاکلی حقوقی				

آدرس پستی:	کاربری ثنا	شماره تلفن همراه
تهران - خیابان..... کوچه..... پلاک	00000000000000	۰۹۱۹۰۰۰۰۰۰۰۰
	آدرس الکترونیکی (ایمیل)	123@gmail.com

وکیل یا نماینده قانونی	شماره ملی	کاربری ثنا	شماره پروانه وکالت	تاریخ اعتبار پروانه وکالت	آدرس پستی / الکترونیکی / شماره تلفن همراه (وکیل)

طرف شکایت / آدرس پستی:

سازمان تامین اجتماعی تهران بزرگ - به آدرس تهران - خیابان... کوچه... - پلاک

موضوع شکایت و خواسته:

مطالبه خسارت و هزینه های درمانی از بیمه تامین اجتماعی

شماره و تاریخ تصمیم / رأی مورد اعتراض:

ضمائم و مستندات: نامه پزشکی قانونی - برگه تقاضای از کار افتادگی از سازمان تامین اجتماعی - نامه کارفرما - استشاده

شرح شکایت:

ریاست محترم دیوان عدالت اداری

احتراماً شرح شکایت این است اینجانب متولد .. شهر .. شهرستان .. به شماره ملی .. کارگر بخش .. به موجب آسیبی که در حین کار متوجه دست چپ متوجه بنده شده است موقتا از انجام کار بازمانده ام. با وجود تقاضا از بیمه تامین اجتماعی برای جبران خسارت های ناشی از بیماری حتی هزینه های درمان نیز پرداخته نشده است. لذا اینجانب با استناد به مدارک فتوکپی پزشکی قانونی ارائه شده و نامه کارفرما در پیوست این دادخواست دریافت خسارت های ناشی از کار افتادگی را دارد.

محل درج سابقه

امضا / اثر انگشت

شاکلی / وکیل / نماینده قانونی