

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱. عنوان خدمت: کمیته بدوی مشاغل سخت و زیان آور		۲. شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود)		
۳. ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان			
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			
۴. مشخصات خدمت	شرح خدمت: درخواست متقاضی به انضمام گزارش تهیه شده از شبکه ها دریافت و بررسی گردیده و با گزارش های قبلی مطابقت داده شده و در صورت وجود اشکال گزارش به شبکه جهت اصلاح عودت می گردد و در صورت تایید ضمن تکمیل درخواست متقاضی مستندات و گزارش نهایی تهیه شده طی مکاتبه اداری به دبیرخانه کمیته بدوی در اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان جهت طرح در کمیته بدوی ارسال می گردد			
	نوع خدمت:	<input type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)		
	ماهیت خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی		
	سطح خدمت	<input type="checkbox"/> ملی	<input type="checkbox"/> منطقه ای	<input checked="" type="checkbox"/> استانی
	رویداد مرتبط با	<input type="checkbox"/> تولد	<input type="checkbox"/> آموزش	<input type="checkbox"/> سلامت
		<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری	<input type="checkbox"/> بیمه	<input type="checkbox"/> ازدواج
	نحوه آغاز خدمت	<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت		<input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص
		<input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input checked="" type="checkbox"/> سایر:		
	مدارک لازم برای انجام خدمت	مستندات ارسالی از شبکه ها		
	قوانین و مقررات بالادستی	قانون مشاغل سخت و زیان آور و دستورالعمل های مرتبط قانون کار مصوب مجمع تشخیص مصلحت سال 1369 حدود مجاز شغلی ایران		
آمار تعداد خدمت گیرندگان	۱۰۰ درصد خدمت گیرندگان در <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال			
متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	۳۰ روز کاری			
تواتر	<input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> یکبار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال			
تعداد بار مراجعه حضوری	بدون ارباب رجوع			
مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی		پرداخت به صورت الکترونیک	
			<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>				هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن					
				نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:	
رسانه ارتباطی خدمت		نوع ارائه		مراحل خدمت	
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی		در مرحله اطلاع رسانی خدمت	
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: عدم نیاز به مراجعه حضوری		درگاه ضروری: مراجعه حضوری <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی		در مرحله درخواست خدمت	
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: عدم نیاز به مراجعه حضوری		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی		مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	
جهت استعلام از سوابق بانک های اطلاعاتی		درگاه ضروری: مراجعه حضوری <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی		در مرحله ارائه خدمت	

مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: عدم نیاز به مراجعه حضوری	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
---	--	------------------------	---	--

استعلام غیرالکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دیگر	۷. ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی، در دستگاه
	دسته ای (Batch)	پرخط online			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:	استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸. ارتباط خدمت با سایر دستگاه های دیگر
	دسته ای (Batch)	پرخط online					
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

					۹. عنوان، فرآیندها،
--	--	--	--	--	---------------------

۱۰. نمودار ارتباطی فرآیندهای خدمت					
واحد مربوط: بهداشت حرفه ای	پست الکترونیک:	تلفن: ۳۴۴۷۶۰۶۰	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: محسن زاهدی		

