فرم شماره 5

معرفی محیط های کار داوطلب مشارکت در برنامه خود مراقبتی سازمانی

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام کامل سازمان:** | | | | |
| **حوزه فعاليت سازمان: □ بخش توليدي □ بخش خدماتي/آموزشی □ بخش سیاستگزاری □ عام المنفعه/ خیریه** | | | | |
| **نوع مالكيت سازمان: □ دولتي □ خصوصي □ بین المللی** | | | | |
| **اندازه سازمان براساس تعداد پرسنل: □ بزرگ** (بیشتر از 500 نفر شاغل) **□ متوسط (**از 50 تا 499 نفر شاغل) **□ کوچک** )کمتر از 50 نفر شاغل) | | | | |
| **تعداد كل كاركنان سازمان:** ............... **نفر** | | | | **محصولات سازمان:** |
| **آدرس دفتر مركزي:** | | | | |
| **تلفن :** | **فاكس:** | | **آدرس وب سايت:** | |
| **نشاني اينترنتي:** | | | | |
| **چنانچه سازمان شما وابسته به يك سازمان مادر (سازمان مرکزی) است اطلاعات زير را تكميل فرمائيد:** | | | | |
| **نام سازمان مادر:** | | | | |
| **آدرس سازمان مادر:** | | | | |
| **تلفن :** | | **فاكس:** | **آدرس وب سايت:** | |
| **آيا سازمان دارای گواهینامه سیستم های مدیریت ایمنی، بهداشت حرفه ای و محیط زیست مي‌باشد ؟ □ بله □ خير** | | | | |

**معرفی رابط سازمان در برنامه خود مراقبتی سازمانی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي نماینده:** | | **سمت سازماني:** | | **تلفن همراه :** |
| **تلفن:** | **فاكس:** | | **پست الكترونيكي:** | | |