

معالي وزير العمل

تحية طيبة وبعد،،

أرجو التكرم بالتحقيق في اصابة العمل التي تعرضت لها و احتساب التعويض عن البديل اليومي و عن نسبة العجز

نموذج تقديم إصابة عمل

أذا كنت مشترك لدى مؤسسة الضمان الاجتماعي ارجو عدم تعبأت النموذج والمراجعة لدى مؤسسة الضمان الاجتماعي....

العامل:

اسم العامل :-----

العمر ----- الرقم الوطني -----

مسمى الوظيفي -----

عنوان المشتكي :-----

هاتف الخلوي ----- المنزل -----

صاحب العمل :

اسم الشركة :-----

عنوان الشركة : المنطقة :----- الحي :----- الشارع :----- رقم المبنى :-----

طابق ----- رقم المكتب ----- بالقرب من -----

تلفون ادارة الشركة -----

وصف الحادث عند وقوع الإصابة :

- تاريخ وقوع الحادث اليوم / الشهر / السنة /----- وقت وقوع الحادث الساعة :-----
- الأشخاص المتواجدين وقت وقوع الحادث (1)-----
- (2)----- (3)-----
- مكان الإصابة : حدد مكان الإصابة في الجسم-----
- وصف الحادث : أوصف كيفية حدوث الحادث-----

- ساعات العمل : هل المؤسسة تعمل نظام شفتات (24) او 8 ساعات-----
- هل قام احد بأجراء اسعاف اولي(نعم/ لا) -----؟ اذا كان الجواب نعم اذكر الأجراء واسم المسعف-----

- هل تم نقلك الى الطبيب او مركز صحي او مستشفى (نعم/ لا) -----؟ اذا كان الجواب نعم اذكر أسم المركز /الطبيب/المستشفى وعنوانه-----
- من هي صفة الشخص الذي نقلك الى المستشفى أو الطبيب هل هو من عمال الشركة ام من خارج الشركة-----

مشروعات المفتشين خلال الزيارة الاولى للإصابة

الوثائق التي تم إحضارها من المؤسسة :

تاريخ الزيارة:-----
فريق الزيارة :