

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 :-----

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 :