

إشعار بإصابات العمل
للعمال غير الخاضعين لأحكام قانون الضمان الاجتماعي
بالاستناد لأحكام المادة (87) من قانون العمل رقم 8 لسنة 1996

- 1- اسم المؤسسة: _____
2- اسم صاحب المؤسسة أو المدير المسؤول: _____
3- العنوان الكامل: _____
4- طبيعة العمل في المؤسسة: _____
5- اسم العامل المصاب وعنوانه: _____
أ- عمره: _____
ب- جنسه وجنسيته: _____
ج- نوع العمل الذي كان يقوم به أثناء الحادث: _____
6- وصف الحادث: _____
أ- مكان الحادث: _____
ب- ساعة وقوع الحادث وتاريخه: _____
ج- نوع الإصابة: _____
د- كيفية وقوع الحادث: _____
7- الأجرة اليومية أو الشهرية أو الأسبوعية: _____

التاريخ / /

لاستعمال الدائرة الخاص
الأسباب المكان

- 1- 1-
2- 2-
3- 3-
4- 4-
5- 5-

مرض مهني

توقيع صاحب العمل أو المدير المسؤول

الخاتم الرسمي

ملاحظة: يعبأ هذا الإشعار من قبل صاحب العمل ويرسل لوزارة العمل في حالة وقوع حادث أدى إلى إصابة أي عامل لديه وذلك خلال (48) ساعة من وقوع الحادث.