

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

- 1- اسم المؤسسة: _____
- 2- اسم المدير المسؤول: _____
- 3- العنوان الكامل: _____
- 4- طبيعة العمل في المؤسسة: _____
- 5- عدد العمال في المؤسسة: _____
- 6- اسم وجنس و عمر و عنوان العامل المتوفى: _____
- 7- طبيعة عمل العامل: _____
- 8- تاريخ ووقت وقوع الإصابة و الوفاة: _____
- 9- المكان الذي وقعت فيه الإصابة: _____
- 10- هل المكان الذي وقعت فيه الإصابة تابع لممتلكات صاحب العمل او جزء من المصنع: _____
- 11- سبب الوفاة (حسب تقرير الطبيب) اذا كانت هناك اسباب تفصيلية اخرى الرجاء ذكرها: _____
- 12- وصف لوقوع الإصابة: _____
- 13- هل وقعت الإصابة خلال ساعات العمل (اذكر ما هي ساعات العمل): _____
- 14- ماذا كان يشتغل العامل حين وقوع الإصابة: _____
- 15- هل كان العامل يشتغل لمصلحة صاحب العمل حين وقوع الإصابة: _____
- 16- هل وقعت الإصابة بسبب عملية مرتبطة بالعمل: _____
- 17- اية عوامل اخرى ذات علاقة: _____
- 18- تفصيلات عن ورثة العامل اذا كانوا معروفين: _____
- 19- وجهة نظر صاحب العمل بشأن استعداده لدفع التعويض لورثة العامل: _____

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 وفاة العامل لديه وذلك خلال (48) ساعة من وقوع الحادث.