**ملحق رقم (1)**

**(نموذج سجل التبليغ عن حوادث وإصابات العمل)**

* **اسم المؤسسة: - الرقم الوطني للمؤسسة:**
* **نوع النشاط الاقتصادي: - المدير العام:**
* **العنوان: - رقم الهاتف:**
* **اسم مشرف السلامة والصحة المهنية:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **حجم العمالة في المؤسسة** | **العمال الاردنيين** | | **العمال غير الاردنيين** | | **المجموع** |
| **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** |
|  |  |  |  |  |
| **المجموع** |  | |  | |  |

**الفترة: الربع ( ) السنة ( )**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **معلومات المصاب** | | | | | | **معلومات الحادث** | | | **معلومات الاصابة** | | | | **النتيجة** | | | | | |
| **اسم**  **المصاب** | **الجنس** | **العمر** | **المهنة** | **الجنسية** | **تاريخ**  **الالتحاق**  **بالعمل** | **مكان**  **الحادث** | **تاريخ**  **وقوع**  **الحادث** | **ساعة**  **وقوع**  **الحادث** | **العضو**  **المصاب** | **سبب**  **الاصابة** | **شدة**  **الاصابة** | **وصف**  **الاصابة** | **شفاء بدون عجز** | | **شفاء مع**  **نسبة عجز** | | **قيد العلاج** | **وفاه** |
| **تاريخ**  **انتهاء العلاج** | **مدة**  **التعطل** | **تاريخ**  **انتهاء**  **العلاج** | **مدة التعطل** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**التاريخ: توقيع وختم المدير:**