نموذج تقرير إصابة عمل

البيانات الشخصية

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| الاســـــــــــــــــــــــــــــــم |  | الرقم الوظيفـــــــــــي |  |
| الكليـــــة / الدائرة |  | القســـــــــــــــــــــــــــــــم |  |
| الوظيفــــــــــــــــــــــــة |  | الحالة الاجتماعيـة |  |
| عنوان السكـــــــــــن |  | رقم الهاتـــــــــــــــــــف |  |

تفاصيل إصابة العمل

|  |  |
| --- | --- |
| وقت الإصابة (**اليوم، التاريخ، الساعة**) |  |
| مكان وقوع الإصابـــــــــــــــــــــــــــة |  |
| العمل الذي كان يقوم به الموظف وقت الإصابة |  |
| الشخص الذي نقل المصاب للمركز الصحي |  |
| جهة العلاج التي نقل إليها المصاب |  |
| وسيلة نقل المصاب |  |
| وقت نقل المصاب |  |
| وصف إصابة العمل (الحادث): | |

أسماء الشهود

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | الاسم |  | الوظيفة |  | التوقيع |  |
| 2 | الاسم |  | الوظيفة |  | التوقيع |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم منظم التقرير |  | الوظيفة |  | التاريخ والتوقيع |  |