

## نموذج تقرير إصابة عمل

### البيانات الشخصية

الاسم	الرقم الوظيفي
الكلية / الدائرة	القسم
الوظيفة	الحالة الاجتماعية
عنوان السكن	رقم الهاتف

### تفاصيل إصابة العمل

وقت الإصابة (اليوم، التاريخ، الساعة)
مكان وقوع الإصابة
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
------------------	---------	------------------