

وزارة العمل
إشعار بإصابات العمل
للعمال غير الخاضعين لأحكام قانون الضمان الإجتماعي.
بالاستناد لأحكام المادة (٨٧) من قانون العمل
رقم ٨ لسنة ١٩٩٦

١. إسم المؤسسة /
 ٢. إسم صاحب المؤسسة أو المدير المسؤول /
 ٣. العنوان الكامل /
 ٤. طبيعة العمل في المؤسسة /
 ٥. إسم العامل المصاب وعنوانه /
 - أ. عمره /
 - ب. جنسه وجنسيته /
 - ج. نوع العمل الذي كان يقوم به أثناء الحادث /
 ٦. وصف الحادث /
 - أ. مكان الحادث /
 - ب. ساعة وقوع الحادث وتاريخه /
 - ج. نوع الإصابة /
 - د. كيفية وقوع الحادث /
 ٧. الأجرة اليومية أو الشهرية أو الأسبوعية /
- التاريخ: / /

لإستعمال الدائرة الخاص

المكان	الأسباب
١.	١.
٢.	٢.
٣.	٣.
٤.	٤.
٥.	٥.
٦.	٦.
٧.	٧.
٨.	٨.
٩.	٩.
١٠.	١٠.
مرض مهني	١١.
	١٢.

توقيع صاحب العمل أو المدير المسؤول

الخاتم الرسمي

ملاحظة: يعياً هذا الإشعار من قبل صاحب العمل ويرسل لوزارة العمل في حالة وقوع حادث أدى إلى إصابة أي عامل لديه وذلك خلال (٢٨) ساعة من وقوع الحادث.