

وزارة العمل

إشعار بالإصابة المميتة

للعمال غير الخاضعين لأحكام قانون الضمان الإجتماعي.

بالاستناد لأحكام المادة (٨٧) من قانون العمل

رقم ٨ لسنة ١٩٩٦

١. اسم المؤسسة	١٤. ماذا كان يشتغل العامل حين وقوع الإصابة
٢. اسم المدير المسؤول	١٥. هل كان العامل يشتغل لمصلحة صاحب العمل حين وقوع الإصابة
٣. العنوان الكامل	١٦. هل وقعت الإصابة بسبب عملية مرتبطة بالعمل
٤. طبيعة عمل المؤسسة	١٧. أية عوامل أخرى ذات علاقة
٥. عدد العمال في المؤسسة	١٨. تفصيلات عن ورثة العامل إذا كانوا معروفين
٦. اسم وجنس وعمر وعنوان العامل المتوفي	١٩. وجهة نظر صاحب العمل بشأن أستعداده لدفع التعويض لورثة العامل
٧. طبيعة عمل العامل	
٨. تاريخ ووقت الإصابة والوفاه	
٩. المكان الذي وقعت فيه الإصابة	
١٠. هل المكان الذي وقعت فيه الإصابة تابع لممتلكات صاحب العمل أو جزء من المنصنع	
١١. سبب الوفاه (حسب تقرير الطبيب) إذا كانت هنالك أسباب تفصيلية أخرى الرجاء ذكرها	
١٢. وصف لوقوع الإصابة	
١٣. هل وقعت الإصابة خلال ساعات العمل (إنكر ما هي الساعة)	

توقيع صاحب العمل أو المدير المسؤول
الخاتم الرسمي

ملاحظة: يعيأ هذا الإشعار من قبل صاحب العمل ويرسل لوزارة العمل في حالة وقوع حادث أدى إلى وفاة العامل وذلك خلال (٤٨) ساعة من وقوع الحادث.