نموذج إشعــار اصابة عمــل		
	رقم النموذج	HRD-03-02-01
	رقم وتاريخ الإصدار	2963/2022/24/3/2 2022/12/5
	رقم وتاريخ المراجعة أو التعديل	2/3/24/2022/2963 5/12/2022
	رقم قرار اعتماد مجلس العمداء	41/2023
	تاريخ قرار اعتماد مجلس العمداء	23/10/2023
	عدد الصفحات	01

اسم المنشــأة:.....رقم اشتراكها.....

عنوان المنشأة:.....هاتــف:.....الرمز البريدي .....

أسم المؤمن عليه / عليها رباعياً..... .....

رقم التأمين الثابت .....الرقم الوطني.....

عنوان سكن المؤمن عليه / عليها الدائم:..... هاتف .....

الحالة الاجتماعية.....تاريخ اشتراك المؤمن عليه / عليها: / / نسبة الاشتراك :.....

الآجر الشهري الخاضع للاقتطاع :مهنة المؤمن عليه.....

العمل الذي كان يقوم به فعلاً وقت الحادث.....

مكان وقوع الحادث..... :تاريخ وقوع الحادث: / /

ساعة الحادث:..... فترة الحادث:..... يوم الحادث.....:تاريخ نقل المصاب إلى جهة العلاج / /

ساعة نقل المصاب:..... اسم جهة العلاج.....:أسم الشخص الذي نقل:.....

المصاب:..... وسيلة النقل.....

وصف الحادث .....

.....

.....

أسماء شهود الحادث:.....

هل أصيب آخرون بنفس الحادث(اذكر).....

أية معلومات أخرى (إن لزم)

.....

.....

.....

أسم الموظف المسؤول:..... وظيفته..... .....

التوقيع.....

تاريخ.....: