

جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية

وحدة الموارد البشرية

**تقرير إبلاغ عن حادث / إصابة عمل**

إسم المصاب ...................................... الرقم الوظيفي ....................................

مكان العمل ........................................ رقم الهاتف (الخلوي) ...........................

وظيفة المصاب .........................................................................................

عنوان سكن المصاب الدائم ............................................................................

تاريخ وقوع الحادث .............................. ساعة وقوع الحادث ..............................

مكان وقوع الحادث ....................................................................................

سبب وقوع الحادث .....................................................................................

وصف تفصيلي للحادث ................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

تاريخ نقل المصاب إلى جهة العلاج ...................... ساعة نقل المصاب .....................

إسم جهة العلاج التي نقل اليها المصاب طبيب/مستشفى/مركز صحي .............................

إسم الشخص الذي نقل المصاب............................... وسيلة النقل...........................

أسماء شهود الحادث (إن وجد) 1 ............................... 2 ..................................

هل أصيب أخرون بالحادث ...........................................................................

إسم الرئيس المباشر للمصاب.............................. رقم الهاتف ..............................

إسم ووظيفة منظم التقرير ..................................تاريخ تنظيم التقرير .....................

إعتماد العميد أو المدير المعني إعتماد دائرة السلامة والصحة المهنية

.......................................... ....................................................

* ملاحظة :-

يجب إرفاق تقرير طبي أولي ليوم الاصابة من جهة العلاج (النسخة الأصل) موقعة ومختومة من الطبيب المعالج **ولن تقبل الإصابة بحال عدم وجود تقرير طبي أولي حسب نظام الضمان الإجتماعي** مع مراعاة تزويد وحدة الموارد البشرية بالتقارير اللاحقة والاجازات المرضية تباعاً

**للاستفسار يمكن الإتصال مع وحدة الموارد البشرية / شعبة التأمينات والضمان الإجتماعي هاتف**

**رقم (22678) أو (0775456900)**