



سازمان تامین اجتماعی
اداره کل استان خوزستان

بسمه تعالی

گزارش حادثه

شماره دفتر کارگاه

تاریخ تنظیم

شعبه

نماینده

مشغلات کارگاه

نام کارگاه نوع فعالیت شماره کارگاه

نشانی کارگاه و شماره تلفن کارگاه

مشغلات بیمه شده

نام و نام خانوادگی شماره بیمه شده

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره شناسنامه محل صدور تاریخ تولد روز ماه سال ۱۳

محل تولد متامل / مجرد

تاریخ استخدام کاریکه موظف به انجام آن بوده محل کار بیمه شده در کارگاه

بستمزد روزانه وسیله ایاب و نهاب بکارگاه نشانی بیمه شده

اوقات کار کارگاه ساعت کار بیمه شده صبح عصر شب

از لغایت از لغایت

چگونگی حادثه

تاریخ وقوع حادثه ساعت روز ماه سال ۱۳

محل دقیق وقوع حادثه علت حادثه

ابزار کار بیمه شده هنگام حادثه وسایل حفاظت

نوع کار بیمه شده هنگام وقوع حادثه عضو حادثه بیده

نتیجه حادثه

توضیحات

شرح واقعه

اقداماتی که از طرف کارفرما برای معالجه بعمل آمده

شهود حادثه

آیا صورتمجلس از طرف مقامات صالح تنظیم شده است؟ بله خیر در صورت مثبت صورتمجلس ضمیمه و نام مرجع تنظیم کننده اعلام شود

نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده او محل امضاء مجاز و مهر کارگاه / شرکت

مهلت ارسال نسخه سازمان تامین اجتماعی حداکثر ۴۸ ساعت بعد از وقوع حادثه