

CPR No.	الرقم الشخصي	Nationality	الجنسية	Employee Name	اسم الموظف المصاب
Occupation	الوظيفة	Ministry Dept.	الوزارة / الإدارة		
Basic Salary and Social Allowance As on injury date	الراتب الأساسي والعلوأة الاجتماعية من تاريخ الإصابة	Accident Location Exactly	موقع الحادث بالتحديد		
Time of accident	وقت الحادث	Date of Accident	تاريخ الحادث		

Occupational Trauma			تصنيف إصابات العمل:
<input type="checkbox"/> حادث بسبب العمل Accident Due to Work	<input type="checkbox"/> حادث أثناء العمل Accident at Work	<input type="checkbox"/> مرض مهني Occupational Disease	
<input type="checkbox"/> الوفاة Death	<input type="checkbox"/> حادث أثناء الطريق R.T.Accident	<input type="checkbox"/> الإجهاد أو الإرهاق Exhaustion	

Description	شرح تفصيلي للحادث

Diagnosis	شرح للإصابة

Witnesses							الشهود
CPR No.	الرقم الشخصي	Signature	التوقيع	Occupation	الوظيفة	Name	1- الاسم
CPR No.	الرقم الشخصي	Signature	التوقيع	Occupation	الوظيفة	Name	2- الاسم

Acknowledgement: We acknowledge that the above statements are correct and at our responsibility.							إقرار: نقر بأن البيانات المبينة أعلاه صحيحة وعلى مسئوليتنا.
Stamp	الختم الرسمي لجهة العمل	Phone No.	الهاتف	Date	التاريخ	Prepare Data	أعد البيانات
		Safety Coordinator	منسق السلامة	Director	المدير	Immediate Supervisor	المشرف المباشر

وردى: جهة العمل Pink: Personnel File	أصفر: ديوان الخدمة الاجتماعية Yellow: C.S.B	أبيض White: S.I.O	الإرشادات خلف النسخة Guidance at the Back
---	--	----------------------	--

Guidance

الإرشادات

رقم (1)

- يملأ المشرف المباشر إستمارة الأخطار وفقاً لنظام الخدمة المدنية رقم (٧١٠) ويرفقه للمدير.
- يراجع المدير هذا الإخطار ويعتمده ويحوله لمسؤول السلامة.
- يراجع مسؤول السلامة الإخطار ويعتمده ويرسل نسخة من الاستمارة لديوان الخدمة المدنية. (ترفق التقارير الطبية وإفادة الشهود إن وجدت).

NO (1)

- Immediate supervisor completes as required by CSR (710) and forwards to Director.
- Director reviews, approves, signs and forward to safety coordinator.
- Safety coordinator reviews, approves, signs and forwards original to CSB.  
(Attach copies of medical reports and witnesses statement if obtained).

رقم (2)

- **المادة (الثانية والسبعون) من القانون رقم (13) لسنة 1975 والتي تنص على الآتي:**  
في حالة إصابة الموظف الخاضع لهذا القانون إصابة تستوجب انقطاعه عن العمل للعلاج يجب على الجهة التابع لها إبلاغ الحادث على النموذج المعد لهذا الغرض **خلال 48 ساعة إلى:**  
1. مركز الشرطة الواقع في دائرة إختصاصه مكان الإصابة.  
2. الهيئة العامة للتأمين الاجتماعي.

NO (2)

- **ARTICLE SEVENTY-TWO:**  
If the Employee or the Servant who is subject to the provisions of this LAW is injured in such a way that necessities his discontinuance of work for treatment, The Employer must report the accident on the appropriate form, **within 48 hours to:**  
1. The Concerned Police Station.  
2. Social Insurance Organization.

REMARKS:

FOR FURTHER INFORMATION PLEASE CONTACT ON  
PHONE NO (17000707)

ملاحظة:

في حالة الإستفسار يمكن الاتصال على هاتف (١٧٠٠٠٧٠٧)