

فرم گزارش اعلام حادثه شعبه تأمين اجتماعي

•••••	:	نامه	ره	ئىما
-------	---	------	----	------

تاريخ تنظيم:

١	شماره	يوست	فرم و

			فصات کارگاه
:نام كارفرما:			
کدپستی:			نی و شماره تلفن کارگاه:
			فصات بیمه شده
اره بیمه شده:	شد	نام پدر:	و نام خانوادگی:
			ره شناسنامه: مع
انی □ غیر ایرانی□ متاهل □ مجرد □ ۱۳۰۰ : متنا متنا م		-	
۱۳ وضعیت استخدام :			
د پستی بیمه شده:			
پ صر □ شب □ از ساعت لغایت			
	عت لغايت	ا عصر□ تسب□ از سا	عت كار بيمه شده: صبح □
			ونگی وقوع حادثه
ثهمحل دقيق حادثهمحل	.۱۳ ساعت وقوع حاه	ماه سال	خوقوع حادثه: روز
وسائل حفاظتی مربوطه			
	عضو حادثه دیده	عاد ثهعاد	کار بیمه شده هنگام وقوع ۰
			ئە حادثە:
ده است؟ بلی □ خیر □	ست أموزش لازم را د	_م که دچار حادثه شده ا	يمه شده در ارتباط با فعاليتي
	.:	ارک اخذ و ضمیمه گرد	سورت مثبت بودن پاسخ، مد
			ىيحات
			ح واقعه:
		مالحه بعمل آمده:	ماتکه انطفیکا فیمایات
	•••••	_	ماتی که از طرف کارفرما برا: ود حادثه و تلفن آنان :
			• • • •
	ىت؟ ىلى □ خير□	ت صالح تنظیم شدہ ایا	سه، ت محلس، از طرف مقاماً
علام شود).	ست؟ بلی □ خیر □ م مرجع تنظیم کننده ا		صورت مجلس از طرف مقاماً صورت مثبت بودن پاسخ، ص
	م مرجع تنظیم کننده ا	ور تمجلس ضمیمه و نا	صورت مثبت بودن پاسخ، ص
ملام شود). بده و صحت مندرجات آن گواهی میشود.	م مرجع تنظیم کننده ا - ن اجتماعی تنظیم گرد	ور تمجلس ضمیمه و نا ۱۹۷۰ و ۱۰۵ قانون تامی	صورت مثبت بودن پاسخ، ص گزارش با توجه به مفاد مواد
بده و صحت مندرجات آن گواهی میشود.	م مرجع تنظیم کننده ار ن اجتماعی تنظیم گرد	ور تمجلس ضمیمه و نا ۹۷۷ و ۱۰۵ قانون تامی اینده او :	صورت مثبت بودن پاسخ، ص گزارش با توجه به مفاد مواد و نام خانوادگی کارفرما یا نه
	م مرجع تنظیم کننده ار ن اجتماعی تنظیم گرد	ور تمجلس ضمیمه و نا ۹۷۷ و ۱۰۵ قانون تامی اینده او :	ت مثبت بودن پاسخ، ص ش ش با توجه به مفاد مواد