



کد : 15F38/00

تاریخ: / /

شماره :

« فرم گزارش حادثه به سازمان تأمین اجتماعی »

شهرستان

مشخصات کارگاه:

نام کارگاه نوع فعالیت شماره کارگاه

نام کارفرما نشانی کارگاه و شماره تلفن کارگاه

مشخصات بیمه شده :

نام و نام خانوادگی : شماره بیمه شده :

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 شماره بیمه شده :

شماره شناسنامه محل صدور تاریخ تولد: روز ماه سال ۱۳

محل تولد: متاهل

تاریخ استخدام کاری که موظف بانجام آن بوده محل کار بیمه شده در کارگاه

دستمزد روزانه وسیله ایاب و ذهاب به کارگاه 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 حادثه : علت حادثه :

ابزارکار بیمه شده هنگام حادثه : وسایل حفاظت :

نوع کار بیمه شده هنگام وقوع حادثه : عضو حادثه دیده :

نتیجه حادثه :

توضیحات :

شرح واقعه :

.....

اقداماتیکه 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)

این گزارش با توجه به مفاد ۹۷ و ۱۰۵ قانون تأمین اجتماعی تنظیم گردیده و صحت مندرجات آن گواهی میشود.

نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده او.....

محل امضاء مجاز

و مهر کارگاه / شرکت

این فرم براساس تبصره ۱ ماده ۹۵ قانون کار در زمان بروز حوادث ناشی از کار می بایست تکمیل و ارسال گردد .

رونوشت به :

- اداره محترم کار و امور اجتماعی شهرستان جهت استحضار

- مدیریت محترم برق شهرستان جهت استحضار