

شهادة طبية اولية او تمديدية

وكالة
مرکز الدفع

تحرر من ثلاث نسخ : تسلم نسختين للصندوق واحدة منها
لمصلحة

الوقاية والنسخة الثالثة تقدم الى المعني بالامر.

المرجع :

(1) مرض مهني - (1) مرض ذو طابع مهني
(انظر جدول الامراض المهنية)

انا الممضي اسفله، الطبيب

الرتبة والاختصاص :

العنوان :

اشهد بفحص السيد :

المولود في

رقم التسجيل

مشتغل حاليا من طرف :

(الهوية او الطبيعة الاجتماعية لصاحب العمل)

بصفته : او رتبته :

طبيعة العمل الممارس حين التعرض للخطر

لاحظت واشهد على ما يلي : (2)

تقتضي حالته الصحية التوقف عن العمل لمدة يوم

تمثل حالته الصحية عجزا دائما يقدر بـ %

حرر بـ في

ختم وتوقيع الطبيب،

- (1) ضع علامة x في الخانة المناسبة.
(2) توفير كل الاشارات المفيدة حول المرض واعراضه. أشر اذا امكن الى مدة المرض واثبت عند الاقتضاء، ما اذا كان هذا المرض يؤدي الى عجز عن العمل