

وكالة

مركز الدفع

شهادة طبية أولية، أو تمديدية

تحرر في نسختين :

- الاصلية الى صندوق الضمان الاجتماعي

- ونسخة تسلّم الى الضحية.

انا الطبيب الموقع :

الرتبة أو الاختصاص :

العنوان :

بعد فحص السيد :

المولود بتاريخ

رقم تسجيل المؤمن

السكان ب :

الذي بلغ بانه كان ضحية حادث عمل بتاريخ

الساعة بصلحة

الاسم والطبيعة الاجتماعية :

رقم تسجيل صاحب العمل

الاحظ واشهد ما يلي :

(أ) مكان الضرر :

(ب) طبيعة الضرر :

(ج) تخمين :

وعليه، اصف له ما يلي :

- (1) توقف عن العمل خلال [] يوما ابتداء من []
- (1) تمديد بـ [] يوما بالتوقف عن العمل الموصوف في شهادة. []
- (1) الاستمرار في العمل مع علاج لمدة [] يوما
- (1) يجب الاخذ في الحسبان عجز دائم.
- (1) عدم الاخذ في الحسبان عجز دائم.

حرر في []

ختم وإمضاء الطبيب،

(1) ضع علامة x في الخانة المناسبة.