

الضمان الاجتماعي

الأمراض المهنية

تصريح بمرض مهني

تملأ في اربعة نسخ من طرف الضحية او ذوي الحقوق وترسل الى مؤسسة الضمان الاجتماعي خلال مدة 15 يوما على الأقل وثلاثة اشهر على الأكثر التي تلي المعالجة الطبية الأولى للمريض

وكالة

مركز الدفع

المرجع:

تاريخ الابداع:

معلومات خاصة بالمريض

اللقب:

الاسم:

رقم التسجيل

الجنسية:

البلد الأصلي:

العنوان:

المهنة:

التأهيل المهني:

طبيعة الأعمال التي قد تكون سببا في المرض المهني:

ثبت بتاريخ:

مدة التعرض للخطر:

طبيعة المرض:

تاريخ معاناة المرض:

الملف الطبي لهذا المرض، هل وضع في اطار التأمينات الاجتماعية.

نعم لا

- اذا كان نعم ما هو تاريخ التعويضات

معلومات خاصة بصاحب العمل

اللقب، الاسم،

أو

المقر الاجتماعي

رقم صاحب العمل

مكان عمل المريض:

فترة العمل من

الى

حرر بـ في

توقيع المصرح
(الاسم واللقب وصفة الموقع)

ارفاق التصريح باستعمال الوسائل التي قد تكون سببا في ظهور الأمراض المهنية.

ارفاق في نسختين شهادة طبية يسلمها الطبيب المعالج وايضا شهادة العمل يقدمها صاحب العمل.

كل شخص يقوم بتزوير او يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون.