

## الضمان الاجتماعي

حوادث العمل والأمراض المهنية

### التصريح بمعاودة الضرر

بسبب :

- (1)  حادث عمل  
 مرض مهني

وكالة

مركز الدفع

المرجع :

تملأ من طرف الضحية، او نوي حقوقها وترسل الى الوكالة مصحوية بشهادة طبية يسلمها الطبيب المعالج :

### الضحية

رقم التسجيل	القب : .....
	الاسم : .....
	المولود بتاريخ [ ] [ ] [ ] ب .....
	المهنة : .....
	العنوان : .....

### صاحب العمل الحالي (او صاحب العمل الأخير (2)

رقم المستخدم	الاسم واللقب او الطبيعة : .....
	مكان عمل الضحية : .....

### المؤسسة التي تستخدم المصاب عند وقوع الحادث او معاينة المرض

رقم المستخدم	الاسم واللقب او الطبيعة : .....
--------------	---------------------------------

### حادث او مرض

رقم الملف	<input type="checkbox"/> حادث وقع بتاريخ [ ] [ ] [ ] (1)
	<input type="checkbox"/> حادث مرض ملاحظ بتاريخ [ ] [ ] [ ] (2)
	<input type="checkbox"/> تاريخ معاودة الضرر [ ] [ ] [ ] (3)

حرر في ..... ب،  
توقيع المصريح، (4)

- (1) ضع علامة x في الخانة المناسبة  
(2) الخاص بالأشخاص الذين لم يمارسوا اي نشاط عند وقوع معاودة الضرر.  
(3) مع أو بدون توقف عن العمل.  
(4) انكر اسم و لقب المصريح وصفته.  
كل شخص يقوم بتزوير او يئلى بتصريحات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون.