

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Τ.Κ.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: Fax:

ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:

ΑΣΤΥΝ. ΤΜΗΜΑ ΤΟΠΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

ΠΡΟΣ

ΣΩΜΑ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΤΕΧΝΙΚΗΣ & ΥΓΕΙΟΝ. ΕΠΙΘ/ΣΗΣ
ΝΟΜΟΥ.....

Δ/ΣΗ:.....

ΤΗΛ:..... FAX:.....

1. Ονοματεπώνυμο παθόντος:
2. Όνομα πατρός:
3. Έτος γέννησης:
4. Δ/ση κατοικίας και περιοχή:
5. Τηλέφ. Παθόντος:
6. Οικογενειακή κατάσταση:
7. Υπηκοότητα:
8. Μισθός ή ημερομίσθιο:
9. Ημερομηνία πρόσληψης:
10. Διάρκεια απασχόλησης: Έτη..... Μήνες..... Ημέρες.....
11. Ειδικότητα καθορισμένη με ακρίβεια:
12. Μορφή απασχόλησης: (Πλήρης ή Μερική ή Ειδική)
13. Καθεστώς απασχόλησης: (Μόνιμος, έκτακτος, μισθωτός ή αυταπασχολούμενος κλπ)
.....
14. Εργασία την στιγμή του ατυχ.: (Συνήθης ή ευκαιριακή;)
15. Έχει εκπαιδευτεί σε θέματα ασφαλείας; (Ναι /Όχι).
16. Ημερομηνία ατυχήματος:
17. Τόπος ατυχήματος:
18. Ημέρα και ώρα ατυχήματος:
19. Είδος τραύματος:
20. Σοβαρότητα ατυχήματος: Θανατηφόρο Σοβαρό Μη σοβαρό
 Παθολογικό Τροχαίο
21. Χρόνος εμπειρίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα:
22. Σύντομη περιγραφή ατυχήματος:.....
.....
.....
.....
23. Μάρτυρες και διευθύνσεις τους:
α)
β)
γ).....

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ:/...../201...

Θανατηφόρα & σοβαρά ατυχήματα αναγγέλλονται άμεσα..

Λοιπά ατυχήματα αναγγέλλονται εντός 24-ωρών.

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ
Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ**

ΚΟΙΝ.

- Τεχνικό Ασφαλείας της επιχείρησης
- Γιατρό Εργασίας της επιχείρησης

(Υπογραφή – Σφραγίδα Εργοδότη)