

تصريح بحادث شغل

(القانون عدد 28 لسنة 94 المؤرخ في 21 فيفري 1994)

عند تعميم هذا التصريح ينبغي الإستعانة في ذلك بالدليل المصاحب له

هام
يجب إرفاق التصريح المرسل
إلى الصندوق الوطني بشهادة
طبية أولية.

خاص بإدارة

صاحب العمل	رقم الإنخراط لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
إسم صاحب العمل أو المؤسسة :	
الطنوان :	
نوع النشاط :	الترقيم البريدي : الهاتف :

المتضرر (5)	رقم التسجيل لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
الإسم واللقب :	إسم الأب :
اللقب عند الولادة :	الجنسية :
تاريخ ومكان الولادة :	الجنس : ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
العنوان الشخصي :	بـ : رقم بطاقة التعريف : الشهر : السنة :
تاريخ الإنتداب :	التاريخ : الشهر : السنة : التخصص المهني (1) : الوضعية (2) :
المهنة العادية (3) :	منذ : منذ :
شغل المتضرر عند وقوع الحادث :	مقر العمل الاعتيادي :
هل خلف الحادث متضررين آخرين ؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

الحادث	تاريخ وساعة الحادث (4) يوم :
توقيت عمل المتضرر يوم وقوع الحادث من :	اليوم : الشهر : السنة : الساعة : الدقيقة :
مكان الحادث (5) :	ومن : إلى :
نشاط الفرع الذي وقع به الحادث :	مكتب <input type="checkbox"/> ورشة <input type="checkbox"/> حضيرة <input type="checkbox"/> نشاط آخر بيانه <input type="checkbox"/>
عدد العمال في الفرع حين وقوع الحادث :	وصف الظروف المفصلة للحادث (6) :
العوامل المادية المتسببة في الحادث (7) :	كيفية الحادث (8) :
موضع الإصابات (9) :	طبيعة الإصابات (10) :
المكان الذي نقل إليه المتضرر :	على الساعة :
النتائج :	دون توقف عن العمل <input type="checkbox"/> بتوقف عن العمل <input type="checkbox"/> وفاة المتضرر <input type="checkbox"/>
في حالة التوقف عن العمل :	تاريخ وساعة التوقف عن العمل :
هل ظل الراتب قائما بعد يوم الحادث ؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إن نعم لعدة :	بمبلغ : (في اليوم / الشهر / أو غيره)

الشهود	الإسم واللقب والعنوان
هل حضر محضر من قبل الشرطة أو الحرس الوطني :	رقمه : تاريخه : المركز :

الغير	هل تسبب طرف ثالث في الحادث
إن نعم :	إسم و لقب المتسبب : الشركة المؤمنة :
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	

إني المعضي أسفله (الإسم واللقب) :
أن الإرشادات الواردة أعلاه صادقة وحقيقية.
ملاحظة : يحزر هنا التصريح في ثلاث نظائر ويوجه إلى كل من :
- الصندوق الوطني للتأمين على المرض.
- مركز الشرطة أو الحرس الوطني الأقرب لمركز عمل المتضرر.
- نقفدية الشغل المختصة ترابيا.
حرر بـ : في :
الإمضاء وختم المؤسسة

مهام	ملحق أ	الجمهورية التونسية الوزارة الاولى
يرفق التصريح المرسل إلى اللجنة الطبية المركزية بالوزارة الأولى بشهادة طبية أولية	تصريح بحادث شغل الفتوى عند 56 لسنة 1995 المؤرخ في 28 جوان 1995	

خصائص بإدارة	صاحب العمل إسم صاحب العمل أو المؤسسة العنوان نوع النشاط الترقيم البريدي الهاتف
-----------------	---

المتضرر (6)	رقم التسجيل بالصدوق القومي للتقاعد والخطة الإجتماعية الإسم واللقب إسم الأب اللقب عند الولادة الجنسية الجنس ذكر أنثى تاريخ ومكان الولادة اليوم الشهر السنة رقم بطاقة التعريف العنوان الشخصي الترقيم البريدي تاريخ الإبتداء التخصص المهني (01) الوضعية (02) المهنة العادية (03) اليوم الشهر السنة شغل المتضرر عند وقوع الحادث عند مقر العمل الإعتيادي هل خلف الحادث متضررين آخرين ؟ لا نعم لا
-------------	--

الحادث	تاريخ وساعة الحادث (04) يوم اليوم الشهر السنة الدقيقة توقيت عمل المتضرر يوم وقوع الحادث من إلى ومن إلى مكان الحادث (05) نشاط الفرع الذي وقع به الحادث حضيرة ورشة مكتب نشاط آخر (بيانه) عدد العمال في الفرع حين وقوع الحادث وصف الظروف المفصلة للحادث (06) العوامل المادية المتسببة في الحادث (07) كيفية الحادث (08) موضع الإصابات (09) طبيعة الإصابات (10) المكان الذي نقل إليه المتضرر على الساعة التناج في حالة التوقف عن العمل بدون التوقف عن العمل يتوقف عن العمل وفاة المتضرر تاريخ وساعة التوقف عن العمل اليوم الشهر السنة الدقيقة هل ظل الراتب قائما بعد يوم الحادث ؟ إن نعم لمدة بمبلغ (في اليوم / في الشهر / أو غيره)
--------	--

الشهادة	الإسم واللقب والعنوان هل حرر محضر من قبل الشرطة أو الحرس الوطني : رقمه تاريخه المركز
---------	--

الغير	هل تسبب طرف ثالث في الحادث ؟ لا نعم لا إن نعم > إسم ولقب المتضرر (ة) الشركة المؤتمنة
-------	--

إني، المضي أسفله (الإسم واللقب)
أصرح على شرفي بصفتي
بملاحظة : يحزر هذا التصريح في ثلاث نظائر وموجهة إلى كل من :
- اللجنة الطبية المركزية بالوزارة الأولى (أصل الإستمارة في نسخة واحدة)
- الصندوق القومي للتقاعد والخطة الإجتماعية

حرر في
الإمضاء وختم المؤسسة

شهادة تحمل مصاريف علاج

(القانون عدد 56 لسنة 1995 المؤرخ في 28 جوان 1995)

تمنح هذه الشهادة من قبل المؤجر أو من ينوبه بصفة فورية، إلى العون الذي يعتقد أن إصابته أو مرضه ذو طبيعة مهنية،
وهي تخول له العلام بمجرد الإستمطار بها لدى جميع المؤسسات الصحية مع الملاحظة :
- أن المؤجر لا يتحمل تكاليف جميع عناصر العلام إلا في حدود التعريفات الرسمية، وعلى المنتظر تسديد ما زاد على ذلك
- يصدر الوزير الأول قرارا يثبت الطبيعة المهنية للحادث أو المرض أو ينفيا وتسد نفقات العلاج لاحقا طبقا لهذا القرار
والتراتب الجاري بها العمل.

المنتظر

الإسم واللقب : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
المهنة : رقم المعرف الوحيد :
العنوان :
تاريخ حصول الحادث أو معاينة المرض :
تاريخ إلام المؤجر و كيفية ذلك :

المؤجر

الوزارة أو الجماعة المحلية أو المؤسسة :
العنوان :
هل صرح المؤجر بالحادث أو المرض لدى اللجنة : نعم لا بعد التصريح تاريخ التصريح :
هل حصل الحادث بالطريق العام؟ : نعم لا هل صرح به لدى مصالح الأمن؟ : نعم لا
تاريخ التصريح :

إمضاء المؤجر أو من ينوبه وختمه

ملاحظة : * ترجع هذه الشهادة من قبل المؤسسة الصحية إلى المؤجر الممضي أعلاه، مدممة بكافة الكشوفات الحسابية
والوثائق والبيانات الطبية وشبه الطبية المتعلقة بالعلام المسمى للمنتظر.
* في صورة حصول فارق بين تكاليف الخدمات الطبية طبقا للتعريفات الرسمية والتكاليف الحقيقية، فإنه ينبغي على
المؤسسة الصحية مطالبة المنتظر بتسديده