

הודעה על תאונה בעבודה

(למילוי ע"י הממונה הישיר של הנפגע)

תאריך הדיווח: _____ היחידה / פקולטה: _____
שעת הדיווח: _____ טלפון פנימי: _____

1. פרטי הנפגע/ת:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' ת.ז.: _____
גיל: _____ תפקיד: _____ כתובת: _____
שעת תחילת העבודה: _____

2. התאונה:

תאריך הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____ מקום: _____
** נשלחה הודעה למשרד העבודה ביום: _____ העובד חזר לעבודה ביום: _____

3. מהות הפגיעה*:

מכה / לחיצה / קטיעה / כוויה / גוף זר / אחרת: _____
האיבר הנפגע: _____

4. תאור נסיבות התאונה:

5. גורמי התאונה:

מכונה - מתקן / כלי-יד / מכשול בדרך / ציוד מגן / תנאי גיהות / אי-תיאום / ביצוע מסוכן /
גורם אחר (ציין): _____

6. הצעות לשיפורים:

7. פרטי המדווח:

שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____ תפקיד: _____

8. עדי ראיה:

שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____ כתובת: _____
שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____ כתובת: _____

9. הערות הדיקן / ראש היחידה:

10. הערות יחידת הבטיחות:

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

* סמן בעיגול.

** לשימוש משרדי - יחידת הבטיחות / מחלקת משאבי אנוש.