



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجاء
- حوادث العمل والأمراض المهنية -

شهادة طبية أولية أو تمديدية

تحرر في نسختين :

- الأصلية موجهة إلى صندوق الضمان الاجتماعي.

- نسخة تسلم إلى الضحية.

تأشيرة الهبة

المرجع :

أنا الطبيب الموقع أسفله :

الرتبة أو الإختصاص :

العنوان المهني :

بعد فحص السيد(ة) :

تاريخ الإزداء : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

الساكن(ة) بـ :

الذي صرح بأنه كان ضحية حادث عمل بتاريخ : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

على الساعة : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] بمصلحة :

اللقب أو الطبيعة الإجتماعية :

رقم المنخرط : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

أعائن وأشهد بما يلي :

(أ) مكان الضرر :

(ب) طبيعة الضرر :

(ج) تخمين :

وعليه، أصف له ما يلي :

التوقف عن العمل لمدة : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] يوم ابتداء من : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

تمديد التوقف عن العمل لمدة : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] يوم ابتداء من : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

(1) الإستمرار في العمل مع علاج لمدة : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] يوم.

☐ مع الأخذ في الحسبان عجز دائم.

☐ مع عدم الأخذ في الحسبان عجز دائم.

حرر بـ في

ختم وامضاء الطبيب المعالج

(1) ضع علامة (X) في الخانة المناسبة.