

תאריך: ____ / ____ / ____

• **חלק א' - דיווח על תאונה או מקרה מסוכן**

יש למלא ולהעביר טופס זה ביום התאונה/כמעט תאונה לפי רשימת התפוצה המופיעה בתחתית הטופס.

| פרטי העובד הנפגע: | | |
|---|---------------------------------------|--------------------|
| שם הנפגע: _____ | מס' עובד: _____ | |
| מחלקת עבודה: _____ | תפקיד העובד: _____ | |
| פרטי הפגיעה והתאונה: | | |
| תאריך התאונה: ____ / ____ / ____ | שעת הפגיעה: ____ : ____ : ____ | |
| האיבר הנפגע: _____ | מהות הפגיעה: _____ (חתך, מכה וכו') | |
| תיאור התאונה לפי עדות הנפגע / עד ראיה _____ _____ _____ | | |
| גורם משוער לתאונה: _____ _____ | | |
| הנפגע הודיע על התאונה ל: _____ | | |
| תאריך ההודעה: ____ / ____ / ____ | שעת ההודעה: ____ : ____ : ____ | |
| עדים לתאונה: | | |
| שם העובד: _____ | ת"ז: _____ | מחלקת עבודה: _____ |
| שם העובד: _____ | ת"ז: _____ | מחלקת עבודה: _____ |
| עזרה ראשונה הוגשה לנפגע ע"י: _____ | | |
| לצורך קבלת טיפול נוסף הנפגע נשלח אל: _____ | | |
| נמסרה הודעה טלפונית / בכתב ל: _____ | | |
| הערות מנהל המחלקה / אגף: _____ _____ | | |
| שם מנהל העבודה: _____ חתימה: _____ | | |
| רשימת תפוצת הטופס מנהל אגף, מזכיר המועצה, מנהל משאבי אנוש, ממונה בטיחות. | | |
| • הערה: הטופס ימולא ע"י מנהל הישיר או ממונה על הבטיחות בסמוך להתרחשות התאונה. | | |

