



رقم الملف.....

مديرية عمل ☎

مخاطبة صاحب عمل للقيام باجراء / فحوصات / بحوث طبية / مخبرية / اضافة متطلبات اسعاف اولي

السيدة / المحترم /
صاحب / من ينوب عن / مدير / منشأة
عنوانها :
تحية طيبة وبعد ،،،

لمقتضيات العمل واستناداً لاحكام قانون العمل الفلسطيني رقم 7 لسنة 2000 والانظمة والقرارات والتعليمات
الصادرة بمقتضاه نطلب منكم اجراء ما يلي : .

واقبلوا الاحترام ،،،

التاريخ / /
اسم مفتش العمل
توقيعه

نسخة:

- ملف المنشأة

نموذج رقم(25)

Ramallah Al-Ersal st. ☎ Central:2982800•Fax:2982801•direct: 2982813	رام الله ش.الإرسال: ☎ مقسم:2982800•فاكس:2982801• مباشر: 2982813
P.O.Box:350-Ramallah ❖ E-Mail : gdiwp@yahoo.com ❖ Website: www.mol.gov.ps ❖	ص ب:350 رام الله ❖
Gaza ☎:08-2827759•08-2822400• Fax: 07-2822400, P.O.Box: 4021	غزة ☎ 08-2827759 •فاكس:08-2822400-8•ص.ب:4021



رقم الملف.....

مديرية عمل ☎

رقم الاصابة في السجل.....

مخاطبة صاحب عمل للالتزام بمستحقات إصابة عمل/ مرض مهني

السيدة/..... المحترم

صاحب / من ينوب عن / مدير منشأة

عنوانها.....

تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع : . العامل المصاب..... هوية رقم.....

استناداً للفقرة " 2 " مادة 126 من قانون العمل الفلسطيني رقم 7 لسنة 2000 المعمول به، مرفق لكم نسخة عن تقرير اللجنة الطبية.....في محافظة.....بتاريخ..... / / المتعلق بالعامل المذكور أعلاه الذي تعرض (لإصابة عمل □ / مرض مهني □) لديكم بتاريخ..... / / لدفع كافة حقوق العامل المترتبة له عن الإصابة، وفي حالة العجز الدائم نامل ابلاغ الوزارة خلال شهر من تاريخه بمقدار التعويض الذي دفع للمصاب او المستحقين أو تم التعهد بدفعه لهم خلال شهر من تاريخه .

واقبلوا الاحترام

توقيعه

اسم مفتش العمل

التاريخ

.....

/ /

صورة:-

- ملف الإصابات.

- ملف المنشأة.

نموذج رقم (11)

Ramallah Al-Ersal st. ☎ Central:2982800*Fax:2982801*direct: 2982813

رام الله ش.الإرسال: ☎ مقسم:2982800*فاكس:2982801*مباشر:2982813

P.O.Box:350-Ramallah ❖ E-Mail : gdiwp@yahoo.com ❖ Website: www.mol.gov.ps ❖

ص.ب: 350 رام الله

Gaza ☎ 08-2827759*08-2822400* Fax: 07-2822400, P.O.Box: 4021

غزة ☎ 08-2827759 *فاكس:08-2822400*ص.ب:4021



مديرية عمل

لاستعمال الوزارة

النشاط الاقتصادي	سبب الإصابة	رقم الإصابة

إخطار عن وقوع إصابة العمل

المعلومات المتعلقة بالمنشأة

اسم المنشأة اسم صاحب العمل او من يمثله/ المدير المسؤول.....
الوضع القانوني للمنشأة طبيعة عمل المنشأة (النشاط الاقتصادي).....
العنوان الكامل ص. ب تلفون فاكس
اسم شركة التأمين رقم بوليصة التأمين

المعلومات المتعلقة بالعامل المصاب

اسم العامل رقم الهوية او جواز السفر
جنس العامل عمر العامل جنسية العامل.....
عنوان العامل الكامل الوضع المهني المهنة / العمل الذي يشغله
مدة الخدمة في العمل / العمل الحالي أجرة العامل طريقة دفع الأجرة

المعلومات المتعلقة بالإصابة

تاريخ وساعة وقوع الإصابة ساعة بداية العمل يوم الإصابة مكان وقوع الإصابة
نوع الإصابة طبيعة الإصابة..... مكان الإصابة بالجسم.....
نوع الحادث الذي أدى لوقوع الإصابة..... العامل المادي المسبب للإصابة.....

اسم وتوقيع صاحب العمل او المدير المسؤول

التاريخ

.....

/ /

❖ يمكن الاستعانة بمفتش العمل في محافظتك لتعبئة الاخطار.

نموذج رقم(1)

Ramallah Al-Ersal st. ☎ Central:2982800•Fax:2982801•direct: 2982813

رام الله ش.الإرسال: ☎ مقسم:2982800•فاكس:2982801• مباشر:2982813

P.O.Box:350-Ramallah

❖ E-Mail : gdiwp@yahoo.com

❖ Website: www.mol.gov.ps

ص.ب: 350 رام الله

Gaza ☎:08-2827759•08-2822400• Fax: 07-2822400, P.O.Box: 4021

غزة ☎ 08-2827759 • فاكس: 08-2822400 • ص.ب: 4021



مديرية عمل

لاستعمال الوزارة

النشاط الاقتصادي	سبب الإصابة	رقم الإصابة

إخطار عن وقوع حادث جسيم

المعلومات المتعلقة بالمنشأة
اسم المنشأة
الوضع القانوني للمنشأة
العنوان الكامل
اسم شركة التأمين
اسم صاحب العمل او من يمثله/ المدير المسؤول.....
طبيعة عمل المنشأة (النشاط الاقتصادي).....
ص.ب
تلفون
فاكس
رقم بوليصة التأمين

بيانات عن الحادث الجسيم
تاريخ وقوع الحادث
مكان وقوع الحادث
سبب الحادث الجسيم تفصيلا :
نتيجة الحادث الجسيم
عدد العمال المصابين
ساعة وقوع الحادث

اسم وتوقيع صاحب العمل او المدير المسؤول

التاريخ

.....

/ /

❖ يمكن الاستعانة بمفتش العمل في محافظتك لتعبئة الاخطار.

نموذج رقم(3)

Ramallah Al-Ersal st. ☎ Central:2982800☎Fax:2982801☎direct: 2982813

رام الله ش.الإرسال: ☎ مقسم:2982800☎فاكس:2982801☎ مباشر:2982813

P.O.Box:350-Ramallah

❖ E-Mail : gdiwp@yahoo.com

❖ Website: www.mol.gov.ps

ص.ب:350 رام الله

Gaza ☎:08-2827759☎08-2822400☎ Fax: 07-2822400, P.O.Box: 4021

غزة ☎ 08-2827759☎فاكس:08-2822400☎ص.ب:8-4021



مديرية عمل ☎

لاستعمال الوزارة

رقم الإصابة	سبب الإصابة	النشاط الاقتصادي

إخطار عن اكتشاف مرض مهني

المعلومات المتعلقة بالمنشأة	
اسم المنشأة	اسم صاحب العمل أو من يمثله / المدير المسؤول
الوضع القانوني للمنشأة	العنوان الكامل
هاتف	طبيعة عمل المنشأة (النشاط الاقتصادي)
فاكس	رقم بوليصة التأمين
اسم شركة التأمين	رقم بوليصة التأمين

المعلومات المتعلقة بالعمال المصاب بالمرض المهني	
اسم العامل	الجنس
جنسية العامل	السن
عنوان العامل الكامل	رقم الهوية أو جواز السفر
تاريخ ونتائج الفحص الطبي الابتدائي	الوضع المهني
تاريخ ونتائج الفحص الطبي الدوري	مدة الخدمة بالعمل
العمل الذي كان يشغله لدى إصابته بالمرض المهني	مدته
العمل السابق لدى صاحب العمل	مدته
العمل السابق لدى منشأة أخرى	مدته
أجرة العامل	طريقة دفع الأجرة

المعلومات المتعلقة بالمرض المهني	
اسم المرض المهني ورقمه وفقا للجدول المرفق بقانون العمل	اسم الطبيب المختص
المواد / العوامل المؤدية للإصابة بالمرض المهني	التاريخ الذي ظهرت فيه أعراض المرض / /
وصف النشاط المهني المسبب للمرض المهني	

اسم و توقيع صاحب العمل أو المدير المسؤول

التاريخ

.....

/ /

❖ يمكن الاستعانة بمفتش العمل في محافظتك لتعبئة الاخطار.

نموذج رقم (2)	رام الله ش. الإرسال ☎ مقسم: 2982800 • فاكس: 2982801 • مباشر: 2982813
Ramallah Al-Ersal st. ☎ Central: 2982800 • Fax: 2982801 • direct: 2982813	ص. ب: 350 - رام الله
P.O.Box: 350 - Ramallah	Website: www.mol.gov.ps
Gaza ☎ 08-2827759 • 08-2822400 • Fax: 07-2822400, P.O.Box: 4021	غزة ☎ 08-2827759 • فاكس: 08-2822400 - 8 ص. ب: 4021

نموذج طعن في قرار لجنة طبية مختصة

رقم الملف
رقم الإصابة في السجل

السيد مفتش العمل المحترم / مديرية عمل محافظة.....

تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع : - طعن في قرار اللجنة الطبية المختصة

اطعن أنا العامل المصاب بقرار اللجنة الطبية المختصة والمتعلق
(بعودتي للعمل / تقدير نسبة العجز) الناتجة عن الإصابة ، وذلك للأسباب التالية : -

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

واقبلوا الاحترام ،،

توقيع العامل

.....

التاريخ

/ /

صورة :

- ملف الإصابات.
- ملف المنشأة.