

תאריך : \_\_\_\_\_

אל : ילכ"א - כ"א  
מנהל מחלקה : \_\_\_\_\_

**הנדון : תאונת עבודה**

שם העובד : \_\_\_\_\_

תפקיד / מחלקה : \_\_\_\_\_

נפגע בתאריך : \_\_\_\_\_ בשעה : \_\_\_\_\_

מקום התאונה : \_\_\_\_\_

מהות הפגיעה : \_\_\_\_\_

תאור התאונה : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

עדים לתאונה : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

חתימת מנהל המח' \_\_\_\_\_