



Државен Инспекторат за Труд

Партизански одреди бр. 48 а
1000 Скопје
Република Македонија
Тел: 02/3116 110 факс: 02/3224 504

ИЗВЕСТУВАЊЕ ЗА НЕСРЕЌА НА РАБОТА

1. Назив на работодавачот _____

2. Седиште на работодавачот _____

3. Локација на работното место(продавница,магацин,кат,адреса)____

4.Лични податоци на повредениот

Име и презиме _____

Адреса на постојано живеење _____

Датум на раѓање _____

Пол машко женско

5.Професија или работно место на повредената личност _____

6.Колку време е вработен кај работодавачот

една недела	еден месец	1-6 месеци
6 месеци-1година	1-5 години	над 5 години
не е вработен		

7.Датум и час на случување на несреќата

час _____

датум _____

смена

денска попладневна ноќна

часови работено од доаѓањето на работа _____

8.Опис на повредата

не е третирана прва помош лекар(не е хоспитализиран)
хоспитализиран

9.Каде и како се случила несреќата _____
