

Úfyllist af vinnuveitanda

ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn vinnuveitanda _____ Kennitala _____
Aðsetur _____ Póstnúmer _____ Staður _____
Nafn tilkynnanda _____ Starfsheiti _____
Sími _____ Netfang _____

UPPLÝSINGAR UM SLASAÐA

Nafn slasaða _____ kt. _____
Heimili _____ sími _____
Hvenær hóf hann störf hjá fyrirtækinu? _____ Starfsheiti _____
Stéttarfélag _____ Lífeyrissjóður _____ Starfshlutfall _____ %
 Launþegi Verktaki Fastráðinn Tímab. ráðning
Ef lausráðin tilkynnið lok ráðningartímabils _____

UPPLÝSINGAR UM SLYSIÐ

Hvar varð slysið? _____
Hvenær varð slysið? Dags. _____ kl. _____
Hvernig atvikaðist slysið? (nákvæm lýsing) _____

Varð slysið:

- á leið til/frá vinnu
 í vinnutíma
 í frítíma

Hverjar telur þú orsakir slyssins? _____

Á tjónþoli sjálfur sök á slysinu? Já Nei Ef já, óskast það skýrt nánar í atvikalýsingu eða athugasemdum.

Sjónarvottur: Já Nei

Nafn _____ Sími _____

Slysið var tilkynnt eftirtöldum aðilum: Lögreglu Vinnueftirliti Sjúkratryggingum Íslands

Var lögregla kölluð á staðinn? Já Nei Kom fulltrúi Vinnueftirlits ríkisins á staðinn? Já Nei

AFLEIÐINGAR

Fjarvera vegna slyssins: frá _____ til _____ Engin fjarvera

Hversu lengi heldur slasaði launum? _____ mán. Mánaðarleg fjárhæð: _____

Mun slasaði halda áfram störfum hjá fyrirtækinu? Já Nei Ef nei, hvers vegna? _____

Aðrar athugasemdir: _____

AÐRAR UPPLÝSINGAR

Þess er óskað að eftirtalin gögn fylgi tilkynningu þessari, séu þau til: Lögregluskýrslur Tilkynning til Sjúkratryggingar Íslands,
 Tilkynning til Vinnueftirlits Umsögn Vinnueftirlits Uppdráttur/ljósmyndir Annað

Nánari upplýsingar um atburðinn veitir: _____

Sími _____ Netfang: _____

Ég undirritaður lýsi því hér með yfir að framanritaðar upplýsingar eru gefnar samkvæmt minni bestu vitund.

Með undirrituninni staðfestist að slysið hafi átt sér stað hinn tilgreinda dag og á tilgreindan hátt.

Dagsetning

Undirskrift ásamt stimpli fyrirtækis