



ملحق عدد 7

..... في .....

المكتب الجهوي/المحلي.....  
خلية حوادث الشغل والأمراض المهنية

## إلى إدارة الوقاية من الأخطار المهنية

**الموضوع :** دراسة مركز العمل

- المراجع :** - اسم المضمون الاجتماعي ولقبه : .....
- رقم التسجيل : [ ]
- اسم المؤجر ولقبه أو التسمية الاجتماعية : .....
- رقم الانخراط : [ ]
- تاريخ معاينة المرض المهني : .....

**المصاحب :** - نسخة من التصريح بالمرض المهني  
- نسخة من الشهادة الطبية لمعاينة المرض المهني  
- وثائق أخرى :

\*  
\*  
\*  
\*

الرجاء إجراء دراسة مركز العمل الذي يحتمل أن يكون سببا في حدوث المرض المهني المصرح به من قبل المضمون الاجتماعي المشار إليه أعلاه.

- هذا ويجب أن تكون الدراسة مرتكزة على العناصر التالية :
- تاريخ معاينة المرض المهني.
  - رقم الجدول المناسب.
  - طبيعة المادة المؤذية وتاريخ التوقف عن التعرض لها.
  - فترة التكفل بالمرض.
  - فترات المسؤولية.

AT 44

رئيس المكتب الجهوي/المحلي