Appendix-II (A)

## پنجاب ایمپلائز سوشل سیکورٹی انسٹی ٹیوشن

## آجر کی جانب سے محکمہ سوشل سیکورٹی کو سنگین حادثے کی اطلاع

(ہر سنگین حادثے کے وقوع سے **3 یوم** کے اندر اندر محکمہ کے نزدیک ترین مقامی دفتر کو روانہ کیا جائے)

فرم کا نام_____ آجر کا رجسٹریشن نمبر_____

پتہ_____ ٹیلی فون نمبر_____

---

حصہ 1۔ تصدیق کی جاتی ہے کی بتاریخ_____بوقت_____صبح/شام

مسمی_____پتہ_____رجسٹریشن نمبر_____کو دوران ملازمت حسب ذیل سنگین حادثہ پیش آیا ہے۔

(ضرر کی نوعیت اور شدت کا مختصر بیان درج کریں)

---

---

حصہ 2۔ حادثے کے واقعات یہ ہیں (حادثے کے واقع ہونے کا مختصر بیان درج کریں)

---

---

حصہ 3۔ آجر کے مشاہدات۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا بیان میرے علم اور یقین کی حد تک درست ہے اور میں اس کی صحت کا کلی طور پر ذمہ دار ہوں۔

دستخط_____

عہدہ_____

تاریخ_____ فرم کی مہر_____

حصہ 4۔ گواہ شدگان

نام_____ نام_____

شناختی کارڈ نمبر_____ شناختی کارڈ نمبر_____

دستخط/انگوٹھا_____ دستخط/انگوٹھا_____

حصہ 5۔ تصدیق ازاں میڈیکل آفیسر

تصدیق کی جاتی ہے کہ مسمی_____ولد_____ورکر

ادارا_____کو مورخہ_____بوقت_____زخمی حالت میں میرے پاس لایا گیا

جو کہ_____

(زخموں کی تفصیل)

حالت میں تھا زخمی ہونے کی

وجوہات_____

---

(تفصیل تحریر کریں)

اور وقت و تاریخ و مقام

حادثہ_____

---

نام و عہدہ بمعہ مہر میڈیکل آفیسر / ادارہ

فارم B-3