



وزارة الصحة
Ministry of Health

نموذج إبلاغ عن تهديد

معلومات المعتدى عليه

الاسم الرباعي: _____
رقم الهوية: _____
المنطقة: _____
المدينة: _____
مكان العمل: _____
المسمى الوظيفي: _____
الرقم الوظيفي: _____

تفاصيل حادثة التهديد

نوع التهديد: جسدي لفظي
مكان الواقعة: _____
هل يوجد شهود: نعم لا
في حال الإجابة (بنعم)
الشاهد الأول: _____
الشاهد الثاني: _____
وصف الحادثة: _____
التاريخ: _____
الوقت: _____
رقم للتواصل: _____
رقم للتواصل: _____

معلومات المعتدي (إن وجدت)

موظف في وزارة الصحة موظف في جهة أخرى (اسم الجهة:)
اسم المعتدي: _____
رقم الجوال: _____
رقم الهوية: _____
 لا أعلم

اسم وتوقيع المبلغ: _____

الشروط والأحكام:

- النموذج خاص بالمعتدى عليه من منسوبي وزارة الصحة.
- هذا النموذج خاص بالوقائع التي تحدث في مجال العمل.
- هذا النموذج وضع لحمايتك ولا يترتب عليه أي مسؤولية قانونية (في حال عدم صحة البيانات).