

Έντυπο Γνωστοποίησης Ατυχήματος

Τα άρθρα 35 έως 39 του Νόμου περί Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία (Εθνική Ενιαία Νομοθεσία) (WHS (NUL)Act) δηλώνουν ότι σε περίπτωση ατυχήματος το Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας (NT WorkSafe) πρέπει να ενημερώνεται αμέσως για το συμβάν, από το πρόσωπο που διευθύνει ή διεξάγει τις δραστηριότητες στο χώρο εργασίας (PCBU) στο τηλ. **1800 019 115**. Θα σας δοθεί ένας αριθμός αναφοράς που πρέπει να συμπεριληφθεί στο παρόν έντυπο. Αυτός ο αριθμός αποτελεί απόδειξη της τηλεφωνικής σας κλήσης και ότι ειδοποιήσατε το συντομότερο δυνατόν.

Εκτός από την άμεση τηλεφωνική κλήση (το συντομότερο δυνατόν) το παρόν έντυπο γνωστοποίησης ατυχήματος 2 σελίδων πρέπει να αποσταλεί με φαξ ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας (NT WorkSafe) εντός **48 ωρών** από την ώρα του ατυχήματος. **Φαξ: 08 8999 5141**. Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: **ntworksafe@nt.gov.au**

Για περισσότερες πληροφορίες, αναφερθείτε στο Ενημερωτικό Δελτίο Γνωστοποίησης Ατυχημάτων του Τμήματος Επιθεώρησης Εργασίας (NT WorkSafe).

Αριθμός Αναφοράς:	Ημερομηνία:
--------------------------	--------------------

Στοιχεία προσώπου που υποβάλλει τη γνωστοποίηση (εάν συμπληρώνεται στο χέρι χρησιμοποιήστε **κεφαλαία** γράμματα)

Όνομα:					
Επάγγελμα / Ιδιότητα:					
Όνομα Εργοδότη / Αυτοεργοδοτούμενου που υποβάλλει την γνωστοποίηση:					
Αριθμός Επαγγελματικού Μητρώου					
Διεύθυνση Εργασίας: (ΟΧΙ Ταχυδρομική Διεύθυνση)					
Προάστιο:		Πολιτεία:		Ταχ. Κωδ.:	
Τηλέφωνο Εργασίας:		Κιν. Τηλέφωνο:			
Ηλεκτρ. Διεύθυνση:					

Λεπτομέρειες Ατυχήματος

Ημερομηνία ατυχήματος:		Ώρα ατυχήματος: (π.μ/μ.μ)	
Θανατηφόρο <input type="checkbox"/>	Σοβαρός τραυματισμός ή ασθένεια <input type="checkbox"/>	Επικίνδυνο συμβάν <input type="checkbox"/>	
Όνομα Εργοδότη τραυματία(ων) ή νεκρού(ων), εάν είναι άλλο από αυτό που έχει δηλωθεί πιο πάνω: π.χ. Υπεργολάβου			
Αριθμός Επαγγελματικού Μητρώου:			
Διεύθυνση ή τοποθεσία όπου συνέβη το ατύχημα:			
Περιγράψτε το συγκεκριμένο χώρο του ατυχήματος:			

Εργασία που ασκείτο την ώρα του ατυχήματος:

Περιγράψτε την φύση της εργασίας που διεξαγόταν κατά την ώρα του ατυχήματος συμπεριλαμβανομένων μηχανημάτων, ουσιών και εξοπλισμού που χρησιμοποιείτο.

Μάρτυρες

Όνοματεπώνυμο του(των) προσώπου(ων) που είδε(αν) το ατύχημα ή ήταν πρώτος(οι) στη σκηνή

Στοιχεία Τραυματία/Νεκρού ατόμου(ων)

Όνοματεπώνυμο:					
Ημερ. Γέννησης:		Επάγγελμα / Ιδιότητα:			
Υπάλληλος <input type="checkbox"/>	Εργολάβος <input type="checkbox"/>	Μέλος του κοινού <input type="checkbox"/>	Άλλο <input type="checkbox"/>		
Διεύθυνση:					
Προάστειο:		Πολιτεία:		Ταχ. Κωδ.:	
Τηλέφωνο Εργασίας:			Κιν. Τηλέφωνο		
Ηλεκτρ. Διεύθυνση:					

Τραυματισμός/Ασθένεια

Περιγράψτε την φύση του τραυματισμού ή της ασθένειας

Έλαβε το άτομο θεραπεία μετά τον τραυματισμό/ασθένεια; Εάν ναι, περιγράψτε τη θεραπεία παρακάτω

Ναι Όχι

Δράση

Περιγράψτε οποιαδήποτε μέτρα που έχουν ληφθεί ή πρόκειται να ληφθούν, εάν υσχεί, για να αποφευχθεί επανάληψη του ατυχήματος

Υπεύθυνη Δήλωση προσώπου που υποβάλλει τη γνωστοποίηση

Ημερ. Υποβολής Εντύπου:		Υπογραφή:		Έχω υποβάλει τον παρόν Έντυπο Ηλεκτρονικά (δεν χρειάζεται υπογραφή)	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--	-----------	--	---	--------------------------

