

ادارہ سماجی تحفظ ملازمین (سندھ)

آجر کی طرف سے ادارہ سماجی تحفظ کو خطرناک حادثے کی اطلاع
(سوشل سیکوریٹی کے قریبی مقامی دفتر میں حادثے کے ۲۴ گھنٹے کے اندر بھیجی جائے)

فرم کا نام _____

آجر کا _____

پتہ _____

رجسٹریشن نمبر _____

ٹیلی فون نمبر _____

صبح / شام کو مسمیٰ _____

بوقت _____

تصدیق کی جاتی ہے کہ مورخہ _____

جس کا رجسٹریشن نمبر _____

ماہانہ / یومیہ اجرت _____

ساکن _____

ہے دوران کار شدید حادثہ پیش آیا

جس کا مختصر احوال اور نوعیت درج ذیل ہے

حادثہ کی وجہ یہ تھی _____

آجر کی رائے _____

میں تصدیق کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا بیانات میرے علم کے مطابق صحیح ہیں اور میں ان صداقت کی ذمہ داری قبول کرتا ہوں

دستخط _____

عہدہ _____

فرم کی مہر _____

تاریخ _____

فارم بی-۳