



### ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω στοιχεία και αποστείλετε το έντυπο στον Τομέα Ασφάλειας και Υγείας. Πιο κάτω δίνονται τα στοιχεία των ατόμων στα οποία μπορείτε να στείλετε τα έντυπα με αλληλογραφία ή ηλεκτρονικό ταχυδρομείο.

Άκης Σωφρονίου, Ανώτερος Λειτουργός Τομέα Ασφάλειας & Υγείας, τηλ.22894147, e-mail: akis@ucy.ac.cy  
Αντρη Γιαγκου, Λειτουργός Ασφάλειας, Υγείας & Περιβάλλοντος, τηλ.22894134, e-mail: yandri@ucy.ac.cy

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΤΗΚΕ

Πλήρες Ονοματεπώνυμο:			
Ημερομηνία Γέννησης:			
Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:			
Εθνικότητα/Ιθαγένεια:			
Φύλο:	Άνδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>	
Τηλέφωνα Επικοινωνίας:			
Διεύθυνση Κατοικίας:	Οδός/Αριθμός:	Ταχ.Κώδ.:	Περιοχή/Πόλη:
Θέση Εργασίας/Επάγγελμα/Ιδιότητα:			
Χώρος Εργασίας:			

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία και Ώρα Ατυχήματος:			
Τοποθεσία Τραυματισμού:	Οδός/Αριθμός:	Ταχ.Κώδ.:	Περιοχή/Πόλη:
Είδος Τραυματισμού (π.χ. κάταγμα δεξιού ποδιού, εξάρθρωση αριστερού χεριού, έγκαιμα στο πρόσωπο, θανατηφόρο κλπ)			

### Υπεύθυνη δήλωση ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή

Όνομα ατόμου που συμπλήρωσε το έντυπο:	
Υπογραφή:	Ημερομηνία:

