



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.

Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

אוגוסט 2025 14
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 17.3.25
הנפגע: נורי זהרור, ת"ז 034136945

בהמשך למכתבכם הריני מתכבד להשיב כדלקמן:

1. אכן, לאחר התאונה נוכח החבלות והשפשופים פנה התובע לקבלת טיפול ואחות קופת חולים ביצעה לו חבישה. מצ"ב אישור ביקור מתאריך 18.3.25 ותמונות הפגיעה והגלדים בחלוף מספר ימים.
2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בהכרה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

פרייברג רסקין עורכי דין



אישור על ביקור במרפאה

תאריך: 13.08.2025

34136945	נורי זהרור
מספר זהות	שם פרטי ושם משפחה

ביקר במרפאת כללית בתאריך 18.03.2025 בשעה 16:18
סיבת הביקור ואבחנה מפורטים בתיק הרפואי

האישור הופק באמצעות מערכת האוני-ליין של כללית







חמשהבים
תיקון • שידור • ייעוץ • מכירה
שירות טכני לביטחון הקומוניקציה
מחירים זולים • מהיר • מקצועי • אמיין • נעים ואדיב
0544-332-331
074-30-882
www.hazcomputers.co.il
חברת רחוב גרמת • קריית מוצקין, ק"מ
חברת רחוב גרמת • קריית מוצקין, ק"מ
www.hazcomputers.co.il
חברת רחוב גרמת • קריית מוצקין, ק"מ

בס"ד

תאריך

לכבוד

גב' מירב צקיזדה

מחלקת שכר

עיריית פתח תקווה

הנדון: דיווח על תאונת עבודה ע"י העובד 5.11.17

העובד נעדר מעבודתו עקב

עד תאריך

הריני לדווח כי מתאריך

תאונת עבודה.

מספר תאונה 1 ותק בעבודה 24 שנים.

להלן תיאור המקרה:

עקבני חצרה הדיתה מהעצמה, ששה 18.5 נתי מתחז
המכשיר לאורז, שנתי החלפת באונטז ונחלתי זלואה, זלז
זמנד ימין, זמנד ימין, זמנד ימין

שם העובד: אלי 25/12

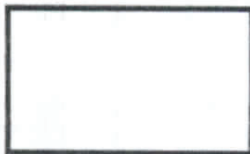
0-3573694.8 : ת.ז.

חתימה: _____

מחלקה: קצ"מ / יו"ר 1708

חתימת ראש העיר:

[Handwritten signatures and notes in Hebrew]



לשכת מנכ"ל

טופס דיווח על תאונת עבודה

לכבוד

מר מאיר סאיג
הממונה על בטיחות וגיהות

הרינו להודיעך על תאונת עבודה שפרטיה להלן:

1) פרטי הנפגע

שם משפחה: זקור שם פרטי: ארי ת.ז.: 0341564
כתובת מגורים: מאיר 15 כתר תל אביב טלפון: 0545605865
תאריך לידה: 16/7/77 תאריך תחילת עבודה: 7/2000
תפקיד: מנהל מחלקה ותק בתפקיד: _____
שם הממונה הישיר: _____

2) פרטי התאונה

תאריך התאונה: 17/3/25 שעת התאונה: 19:50
שעת תחילת עבודה: _____ קיבל טיפול ב: 20/3/25
מקום התאונה: _____
מהות העיסוק בעת התאונה: _____
תיאור התאונה: שכרתי חצייה מהעבודה, החלקתי, גלגלתי, שברתי
מכונית חברה, אלווה, נחלקתי, גלגלתי, שברתי

עדים לתאונה: אין

איברי גוף שנפגעו: זרוע, כתף, גב

ימי היעדרות מ: _____ עד: _____

3) פרטי ממלא הטופס

שם ממלא הטופס: ארי זקור תפקיד: מנהל מחלקה
אגף/מחלקה: מנהל מחלקה טלפון: 0545605865
חתימה: ארי זקור תאריך: 27/3/25

העתק: תיק בטיחות יחידה