

	İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU	DOK NO : İSG-F-02-02
		YAY. TARİHİ :
		REV. NO : 00
		REV. TARİHİ :

KAZA GEÇİREN İŞÇİNİN

ADI-SOYADI :
ÜNVANI :
ADRES :
MEZUNİYET DURUMU :
T.C KİMLİK NO :
BABA ADI :
DOĞUM YERİ :
DOĞUM TARİHİ :
GÖREV YAPTIĞI BİRİM :
KAZA ANINDA YAPTIĞI İŞ :
SON 1 YIL İÇİNDE TOPLAM ÜCRETLİ İZİN GÜN SAYISI :
İSG EĞİTİMİ ALMIŞ MI : Evet/Hayır
MESLEKİ EĞİTİMİ ALMIŞ MI : Evet/Hayır
KAZA TARİH VE SAATİ :
KAZA TARİHİNDEKİ İŞÇİ SAYISI :
KAZA GÜNÜ İŞ BAŞI/İŞ BİTİŞ SAATİ :
KAZA GEÇİRENİN EV VE CEP TELEFONU :
KAZA SONRASI İŞ GÖREMEMEZLİK : Vardır/ Yoktur
İŞ GÖREMEMEZLİK SONUCU : Yoktur/Ölüm/Yaralanma/Uzuv Kaybı/Diğer
İŞ GÖREMEMEZLİK GÜN SAYISI :
KAZANIN OLDUĞU ADRES :
KAZADAN SONRA SİGORTALI NE YAPTI : Derhal İşi Bıraktı/Bir Süre Sonra İşi Bıraktı
BİR SÜRE SONRA BIRAKTIYSA :
ÇALIŞMAYI BIRAKTIĞI TARİH/SAAT :
TIBBİ MÜDAHALE YAPILDI MI : Yapılmadı/Derhal Yapıldı/Daha Sonra Yapıldı
TIBBİ MÜDAHALENİN YAPILDIĞI İL/İLÇE :
TIBBİ MÜDAHALE TARİH VE SAATİ :
TIBBİ MÜDAHALENİN YAPANIN ADI-SOYADI :
TIBBİ MÜDAHALENİN YAPILAN ADRES :
KAZANIN NASIL OLDUĞU :

	<u>Birim Amiri</u>	<u>Kazalı</u>	<u>Tanık</u>	<u>Tanık</u>
T.C. Kimlik No :				
Adı-Soyadı :				
Görevi :				
Telefonu :				
Adres :				
İmza :				