

İŞ KAZASI TUTANAĞI

Bu form iş kazasına maruz kalan çalışan tarafından doldurulacaktır.

İş Kazası Geçiren Çalışanın;		
Adı- Soyadı	:	
Kurum Sicil No	:	
Sigorta Sicil No	:	
Baba Adı	:	
Doğum Yeri ve Tarihi	:	
Görev Yaptığı Birim	:	
Görevi	:	
İşe Başlama Tarihi	:	
Kaza Tarihi ve Saati	:	
Kaza Günü İşbaşı Saati	:	
Ev Adresi	:	
İş ve Cep Telefonu	:	
Uzuv Kaybı	:	

İş kazasının oluşma şekli ve sebebini kendi ifadelerinizle ayrıntılı açıklayınız:

--

	Adı Soyadı	Görevi	Cep Telefonu	İmza
Birim Amiri:				
Kaza Geçiren Çalışan:				
Tanık:				
Tanık:				

* : Bölüm / Biriminize göre düzenleyiniz.

Not: Bu tutanağın bir nüshasını, İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine en geç 1 gün içinde ulaştırınız.