|  |
| --- |
| **İş Kazası Geçiren Çalışanın;** |
| **Adı- Soyadı:** |  |
| **T.C. Kimlik No:** |  |
| **Görev Yaptığı Birim:** |  |
| **Görevi:** |  |
| **Kaza Tarihi ve Saati:** |  |
| **Vücudunda Yaralanan Kısımlar:** |  |
| **İş Kazası Sırasında Kullandığı Araç, Gereçler:** |  |

|  |
| --- |
| **İş kazasının oluş şeklini baştan sona, ayrıntılı biçimde anlatınız:** |
|  |
|  | **Adı Soyadı:** | **Görevi:** | **Cep Telefonu:** |
| **Birim Amiri:** |  |  |  |
| **Varsa Tanık:** |  |  |  |
| **Varsa 2. Tanık:** |  |  |  |

**İş Kazası Geçiren Kişi İmzası**

**Not:**

**1.** Form iş kazasına maruz kalan çalışan tarafından doldurulacaktır.

**2.** Bu belge, ekinde varsa iş kazası ile ilgili elde edilen tüm belgelerle/fotoğraflarla/krokilerle birlikte özlük dosyasında arşivlenir**.**

**3**. İş kazası bildirimini yapan personel tüm eklerin birer sureti ile bu tutanağı İş Sağlığı ve Güvenliği ile Meslek Hastalıkları Uygulama ve Araştırma Merkezine gönderir.