**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.*