

İŞ KAZASI TUTANAĞI

KAZA GECİREN İŞÇİNİN

ADI-SOYADI :
KURUM SİCİL NO. :
SİGORTA SİCİL NO :
BABA ADI :
DOĞUMYERİ :
DOĞUM TARİHİ :
GÖREV YAPTIĞI BİRİM :
GÖREVİ :
İŞE BAŞLAMA TARİHİ :
KAZA TARİH VE SAATİ :
KAZA TARİHİNDEKİ İŞÇİ SAYISI :
KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :
EV ADRESİ :
EV VE CEP TELEFONU :
UZUV KAYBI : Vardır/ Yoktur

KAZANIN NASIL OLDUĞU :

.....

.....

.....

.....

.....

	Birim Amiri	<u>Kazalı</u>	<u>Tanık</u>	<u>Tanık</u>
Adı-Soyadı :				
Görevi :				
Adresi :				
Telefonu :				
İmza :				

NOT : İş kazası tutanağı kazanın olduğu gün içerisinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurum Koordinatörlüğü Personel Dairesi Başkanlığına bildirilecektir.