|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\user\Desktop\dpu_logo_2.pngC:\Users\user\Desktop\isg logo.png  **DPÜ PERSONEL İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİLGİ FORMU** | | | | | | | |
| SGK İşyeri Sicil Numarası |  | | | | | | |
| İşyeri Tehlike Sınıfı |  | | | | | | |
| **KİMLİK BİLGİLERİ** |  | | | | | Fotoğraf | |
| Adı, Soyadı |  | | | | |
| T.C. Kimlik Numarası |  | | | | |
| Doğum Yeri/Doğum Tarihi |  | | | | |
| Cinsiyeti | Erkek ( ) Kadın ( ) | | | | |
| SGK Sicil No |  | | | | |
| Kurum Sicil No |  | | | | |
| Vergi Numarası |  | | | | |
| Kadro Unvanı |  | | | | | | |
| Askerlik Durumu |  | | | | | | |
| Sürücü Belgesi |  | | | | | | |
| Medeni Durumu |  | | | Çocuk Sayısı | |  | |
| Telefonu | Ev: Cep: | | | | | | |
| Acil Durumlar İçin bir Yakınınızın nızınresi | Cep: | | | | | | |
| Ev Adresi |  | | | | | | |
| **EĞİTİM ÖĞRENİM BİLGİLERİ** |  | | | | | | |
|  | Bitirdiği Okul Adı ve Bölümü | | | | | Mezuniyet tarihi | |
| Lise |  | | | | |  | |
| Ön lisans |  | | | | |  | |
| Lisans |  | | | | |  | |
| Diğer |  | | | | |  | |
| Bildiğiniz Yabancı Diller / Derecesi | 1- |  | | | | | |
| 2- |  | | | | | |
| Bilgisayar Kullanabilme | Evet ( ) Hayır ( ) | | | | | | |
| Bildiğiniz programlar/yazılımlar | 1- |  | | | | | |
| 2- |  | | | | | |
| Kullandığınız Teknik Araç ve Cihazlar, *(sertifikanız/belgeniz varsa belirtiniz!)* | 1- |  | | | | | |
| 2- |  | | | | | |
| 3- |  | | | | | |
| **Varsa İşinizle İlgili; Katıldığınız Kurs, Aldığınız Sertifika/Yeterlilik Belgesi** | | | | **Süresi** | **Sertifika/Yeterlilik Belge No** | | |
| 1- | | | |  |  | | |
| 2- | | | |  |  | | |
| 3- | | | |  |  | | |
| 4- | | | |  |  | | |
| 5- | | | |  |  | | |
| C:\Users\user\Desktop\dpu_logo_2.pngC:\Users\user\Desktop\isg logo.png  **DPÜ PERSONEL İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİLGİ FORMU** | | | | | | | |
| **Daha önce çalıştığınız iş yerleri**  ***(Bu günden geçmişe doğru)*** | **Görevini, yaptığınız iş** | | | **Giriş-çıkış tarihi** | | | **İşten ayrılış sebebi** |
| 1- |  | | |  | | |  |
| 2- |  | | |  | | |  |
| 3- |  | | |  | | |  |
| 4- |  | | |  | | |  |
| **SAĞLIK BİLGİLERİ** | | | | | | | |
| Kan Grubunuz | | | Rh | | | | |
| Boyunuz | | | Cm. | | | | |
| Kilonuz | | | Kg. | | | | |
| Sağlık Sorununuz Var mı ? (Kronik Hastalık, Şeker, Yüksek Tansiyon vb.) | | |  | | | | |
| Sürekli Kullandığınız İlaç ya da Protez var mı? | | |  | | | | |
| Sigara / Alkol Kullanıyor musunuz? | | |  | | | | |
| Mecut Bağışıklama Aşıları (Tetanos, Hepatit, Diğer) | | |  | | | | |
| Daha Önce İş Kazası Geçirdiniz mi? *(Çok Kısa Hikayesi)* | | |  | | | | |
| Meslek Hastalığı Tetkik ve Muayenesi Oldunuz mu?, Sonuçları Nelerdir? | | |  | | | | |
| Maluliyet Aldınız mı?, Oranınız Nedir? | | |  | | | | |
| Şu Anda Herhangi Bir Hastalık Tedavisi Görüyor musunuz? | | |  | | | | |
| Bu bilgi formundaki verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, zamanla değişecek bilgilerimi en geç on gün içerisinde yazılı olarak bildireceğimi kabul ve beyan ederim. | | | | | | | |
| Tarih : / /20… | Çalışanın Adı Soyadı İmzası: | | | | | | |