|  |
| --- |
| 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:  |