**KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN BEYAN TARİHİ: …./…./……**

|  |
| --- |
| **TC.KİMLİK NO :** |
| **ADI-SOYADI :** |
| **KURUM SİCİL NO :** |
| **SİGORTA SİCİL NO :** |
| **BABA ADI :** |
| **DOĞUM YERİ :** |
| **DOĞUM TARİHİ :** |
| **GÖREV YAPTIĞI BİRİM :** |
| **GÖREVİ / UNVANI :** |
| **İŞE BAŞLAMA TARİHİ :** |
| **KAZA TARİH VE SAATİ :** |
| **KAZA ADRESİ :** |
| **KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :** |
| **KAZA SONUCU TIBBI MÜDAHALE : Yapıldı ( ) / Yapılmadı ( )** |
| **TIBBİ MÜDAHALEYİ YAPAN :** |
| **EV ADRESİ :** |
| **TELEFONU :** |
| **UZUV KAYBI : Vardır ( ) / Yoktur ( )** |

**KAZANIN NASIL OLDUĞU :**(Kazanın nerede, ne zaman ve nasıl meydana geldiği **işverence** açıklanacaktır.)

**KAZALININ İFADESİ VE İMZASI:**

**OLAYA ŞAHİT OLAN TANIKLARIN İFADELERİ:** (Adı soyadı, imzası bulunacak.)

**KAZAYA AİT FOTOĞRAF ve KROKİ :** (Fotoğraf tutanağa eklenecektir.)

**İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI / İŞ YERİ HEKİMİ GÖRÜŞÜ :**

**İşveren/Vekili :**

**TC.Kimlik No :**

**Adı-Soyadı :**

**Görevi :**

**Adresi :**

**Telefonu :**

**İmza :**

**Tanık1(Varsa) : Tanık2(Varsa) :**

**TC.Kimlik No : TC.Kimlik No :**

**Adı-Soyadı : Adı-Soyadı :**

**Görevi : Görevi :**

**Adresi : Adresi :**

**Telefonu : Telefonu :**