



KÜTAHYA DÜMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
PERSONELİŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİLGİ FORMU



(ALT İŞVEREN)

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------------|----------|
| 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 durumda aranacak telefon | | | |
| Ev Adresi | | | |
| EĞİTİM ÖĞRENİM | | | |
| | 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- | | |
| Kullandığımız Teknik Araç ve Cihazlar, (sertifikanız/belgeniz varsa belirtiniz!) | 1- | | |
| | 2- | | |
| | 3- | | |
| Varsa İşinizle İlgili; Katıldığımız Kurs, Aldığımız Sertifika/Yeterlilik Belgesi | Süresi | Sertifika/Yeterlilik Belge No | |
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3- | | | |
| 4- | | | |
| 5- | | | |



KÜTAHYA DÜMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
PERSONELİŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİLGİ FORMU



(ALT İSVEREN)

| Daha önce çalıştığımız iş yerleri <i>(Bu günden geçmişe doğru)</i> | Görevini, yaptığınız iş | Giriş-çıkış tarihi | İşten ayrılış sebebi |
|--|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3- | | | |
| 4- | | | |

SAĞLIK BİLGİLERİ

| | |
|---|----|
| Kan Grubunuz | Rh |
| 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? <i>(Çok Kısa Hikayesi)</i> | |
| 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: |
|--------------------------|------------------------------|