	TC. **MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI** **İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi**	Döküman No : 05.04.FR.26 Yayın No : 01 Yayın Tarihi : 01/07/2016 Revizyon Tarihi : .../.../20... Revizyon Sayısı : 00 Sayfa No : 1 /2 Kurum/Birim Kodu: 24301423
	İŞ KAZASI BİLDİRME FORMU	

İşyeri Bilgileri:			
İş Yeri No:			
İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:			
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:			
Vergi Dairesi Adı:			
Vergi Dairesi No:			
Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati:			
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati:			
İş Yeri Adres:			
İş Yeri Unvan:			
İş Yeri Tel:			
İş Yeri Faks:			
Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu:			
Sigortalı Bilgileri:			
Adı Soyadı:			
Tc Kimlik No:			
Sicil No:			
Doğum Tarihi:			
Medeni Hali:			
Uyruğu:			
Son İşe Giriş Tarihi:			
İlk İşe Giriş Tarihi:			
Öğrenim Durumu:			
Mesleği:			
Görevi:			
Ücretli İzin Gün Sayısı:			
Prim Ödeme Durumu:			
Adresi:			
İl/İlçe:			
İstihdam Durumu:			
Faks:			
Tel:			
E-posta:			
Sigortalını Yakınının	**Adı Soyadı:**		
	T.C. Kimlik Numarası:		
	Adresi:		
Mesleki Eğitim Almış mı?:			
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:			
Kaza Günü İşbaşı Saati:			
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:			
İşi Bırakma Tarihi:		**İşi Bırakma Saati:**	
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:			
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:			
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:			
Yaralanmaya Neden Olan Olay:			
Yaranın Türü:			
Yaranın Vücuttaki Yeri:			
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:			

	TC. **MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI** **İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi**	Döküman No : 05.04.FR.26 Yayın No : 01 Yayın Tarihi : 01/07/2016 Revizyon Tarihi : .../.../20... Revizyon Sayısı : 00 Sayfa No : 2 /2 Kurum/Birim Kodu: 24301423
	İŞ KAZASI BİLDİRME FORMU	

Kaza Sonucu İş Göremezliği:			
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:			
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:			
Kazanın Gerçekleştiği Yer:			
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:			
Çalışılan Ortam:			
Çalışılan Çevre:			
Tıbbi Müdahale Yapıldı mı? :			
Tıbbi Müdahale Yapan Kişi:		**Tıbbi Müdahale Yapılan Yer:**	
Tıbbi Müdahale Yapılan İl:	Ordu	**Tıbbi Müdahale Yapılan İlçe:**	Altınordu
Tıbbi Müdahale Yapılan Tarih:		**Tıbbi Müdahale Yapılan Saat:**	
Bildirim Tarihi:		**Bildirim Saati:**	

İş Kazası Bildirim Bilgileri:				
Bildirimi Hazırlayan:				
Tc Kimlik No:			**Adı:**	
Soyadı:			**Tel:**	
Faks:			**E-posta:**	
Bildirilen İşçi Sayısı:				
	Erkek:		**Kadın:**	
	Çocuk:		**Hükümlü:**	
	Eski Hükümlü:		**Terör Mağduru:**	
	Stajyer/ Çırak:		**Özürlü:**	
	Toplam:			

İş Kazası Bilgileri:			
Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:			
Kaza İl:		**Kaza İlce:**	
Kaza Saati:		**Kaza Tarihi:**	
Kaza Adres:			
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:			
Kaza Sebebi Açıklama:			
Kaza Sebebi:			
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:			

İş Kazası Şahit Bilgileri:				
T.C. Kimlik No	**Ad Soyadı**	**e-posta**	**Tel**	**Adres**

Bildirimi Yapan
Tarih
Adı Soyadı
Ünvanı
İmza