



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 Yerin 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:	

Sigortalı 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 İlçe:		
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