İŞ KAZASI BİLGİ FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| İşçi Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Kazaya Uğrayan İşçi Telefon Ve E-Mail |  |
| Kazaya Uğrayanın İşyerindeki Görevi | Temizlik İşçisi ( ) Güvenlik İşçisi ( ) Tarım İşçisi ( ) |
| Kazaya Uğrayan İşçinin Ev Adresi |  |
| Kazaya uğrayan İşçinin Bir **Yakınının**  adı soyadı- TC. Kimlik no – ev adresi | Adı-Soyadı: TC.Kimlik No:Ev Adresi:  |
| Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati Ve Dakikası |  |
| Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati Ve Dakikası |  |
| Kaza Tarihi |  |
| Kaza Saati Ve Dakikası |  |
| Kaza Adresi |  |
| Kazaya Sebep Olan Olay |  |
| Kazaya Sebep Olan Araç |  |
| İş Kazasının Gerçekleştiği Yer |  |
| Kaza Oluş Şekli Ve Sebebini Açıklayın |  |
| Kazayı Görenler Adı Soyadı |  |
| **Kazayı Görenlerin** TC. Kimlik No – Telefon - E.Mail - Ev Adresi | Adı-Soyadı: TC.Kimlik No:Ev Adresi:  | Adı-Soyadı: TC.Kimlik No:Ev Adresi:  |
| İş sağlığı ve güvenliği eğitimi almış mı? |  |
| Mesleki Eğitim Almış mı? |  |
| Son bir yıl içinde toplam ücretli izin gün sayısı |  |
| Öğrenim Durumu |  |
| Yaralanma Türü |  |
| Yaralanmanın Vücuttaki Yeri |  |
| Kaza gününde işbaşı saat ve dakika |  |
| Kazadan sonra sigortalı ne yaptı  | Çalışmaya Devam Etti ( ) - Derhal Bıraktı ( ) |
| Kaza sonucu iş göremezliği | Var ( ) Yok ( ) |
| Kazadan dolayı sigortalının işgünü kaybı var mı? | Var ( ) Yok ( ) - Var İse Kaç Gün ( …….. Gün) |
| Kazanın Gerçekleştiği Yer | İşyerinde ( ) İşyeri Dışında ( ) |
| Kazanın Gerçekleştiği Ortam | Çalışırken ( ) Ara Dinlenmesinde ( ) |
| Tıbbi müdahale yapıldı mı? |  Evet ( ) Hayır ( ) |
| Tıbbi Müdahaleyi Yapan Doktorun Adı-Soyadı |  |

 İşçi Adı/Soyadı : ……/……/2020

 İmza :

-İş Kazası olması durumunda bu form eksiksiz doldurularak, aslı İşçi Birimine teslim edilecektir.