**Bu form iş kazasına maruz kalan çalışan tarafından doldurulacaktır.**

|  |  |
| --- | --- |
| **İş Kazası Geçiren Çalışanın;** | |
| **Adı- Soyadı:** |  |
| **Kurum Sicil No:** |  |
| **Sigorta Sicil No:** |  |
| **Baba Adı:** |  |
| **Doğum Yeri ve Tarihi:** |  |
| **Görev Yaptığı Birim:** |  |
| **Görevi:** |  |
| **İşe Başlama Tarihi:** |  |
| **Kaza Tarihi ve Saati:** |  |
| **Kaza Tarihindeki Çalışan Sayısı:** |  |
| **Kaza Günü İşbaşı Saati:** |  |
| **Ev Adresi:** |  |
| **Ev ve Cep Telefonu:** |  |
| **Uzuv Kaybı:** |  |

|  |
| --- |
| **İş kazasının oluşma şekli ve sebebini kendi ifadelerinizle ayrıntılı açıklayınız:** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Adı Soyadı:** | **Görevi:** | **Cep Telefonu:** | **İmza:** |
| **Birim Amiri:** |  |  |  |  |
| **Kaza Geçiren Çalışan:** |  |  |  |  |
| **Tanık:** |  |  |  |  |
| **Tanık:** |  |  |  |  |