Tarih:

İŞ KAZASI TUTANAĞI

*Kazaya ait bilgiler yazılacak…………………………………………………………………………………………………….*

Kaza geçirene ait bilgiler aşağıdaki tabloya işlenmiştir.

|  |
| --- |
| **Kaza Geçiren Çalışanın** |
| Adı Soyadı |  |
| Kurum Sicil No |  |
| Sigorta Sicil No |  |
| Baba Adı |  |
| Doğum Yeri |  |
| Doğum Tarihi |  |
| Görev Yaptığı Birim |  |
| Görevi |  |
| Kadro Unvanı |  |
| Kan Grubu |  |
| İşe Başlama Tarihi |  |
| Kaza Tarih ve Saati |  |
| Kaza Tarihindeki Çalışan Sayısı |  |
| Kaza Günü İşbaşı Saati |  |
| Ev Adresi |  |
| Telefon |  |
| Uzuv Kaybı (Vardır/Yoktur) |  |
|  | Birim Amiri | Kazalı  | Tanık 1 | Tanık 2 |
| Adı Soyadı |  |  |  |  |
| Görevi |  |  |  |  |
| Adres |  |  |  |  |
| Telefon  |  |  |  |  |
| İmza |  |  |  |  |

**İmza**

 **İfadeyi Alan İş Güvenliği Uzmanı**