

1	İŞYERİNİN	Ünvanı :	
		SGK Sicil No :	
		Adresi :	
		Tel No. ve E-mail :	
		İşçi Sayısı : Erkek Özürlü	Kadın Diğer
2	Kaza Tarihi : ... / ... /		
	Kaza Gününde İşbaşı Saati :		
	Kazanın Olduğu Saat :		
	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm / Birim / Yer :		
3	Kazada Yaralanan Organ ve Yaralanma Şekli :		
	İşçinin 1. derece yakınının Adı ve Soyadı :		
	Açık adresi:		
4	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi :		
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk Edilenin Çalıştığı Bölüm / İş :		
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü :		
	Meslek Hastalığının Tespit Edilme Şekli: Periyodik Üst Kurum Meslek Hast. Diğer Muayene ile ☐ Sevki ile ☐ Hastanesinde ☐		
5	KAZAZEDE VEYA KAZAZEDELERİN / MESLEK HASTALIĞI TANISI VEYA ŞÜPHESİ İLE HASTANEYE SEVK EDİLENİN	Adı ve Soyadı :	
		Cinsiyeti : E: ☐ K: ☐	
		T.C. Kimlik No. :	
		Sigorta Sicil No :	
		Doğum Tarihi :	
		İşe Giriş Tarihi :	
		Esas İş (Mesleği):	
		Medeni Hali : Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐	
		Öğrenim Durumu: İlköğretim ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Ort. Öğr. ☐ Y. Lisans ☐ Doktora ☐	
		Kaza Anında Yaptığı İş :	

6	Kaza sonucu ölü ve yaralı sayısı : Ölü Ağır Yaralı Organ Kaybı Hafif Yaralı
	Kaza sonucu yaralanan Çalışanlardan - istirahat alan gün sayısı : 1 Gün ☐ 2 Gün ☐ 3 Gün ☐ 3 günden fazla ☐
6	Kazayı Gören: Var ☐ Yok ☐
	Şahitlerin Adı-Soyadı:
	Şahitlerin İmzası:
	Şahitlerin Adresi :
7	Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız):
	Düzenlenme Tarihi : ... /... /
	İşveren ve Vekilinin Adı Soyadı :
	İmzası :
7	e-posta Adresi :

*Not:

1- İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu Md. 77) Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

2- 1, 3, 5 ve 7. inci bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirim durumunda, 2 ve 6. inci bölümler sadece kaza bildirim durumunda, 4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim durumunda, doldurulacaktır. (Formun ön yüzü yetmediği takdirde arka yüzü kullanılabilir.)

3- *Bu form dış kaynaklı form olup Mersin Üniversitesi Kalite Yönetim Sistemi şartlarına uygun bir şekilde düzenlenmiştir.