|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **İşyerinin** | Bölge Müdürlüğü Sicil No : | | |
| Unvanı : | | |
| Adresi : | | |
| İşçi Sayısı : Erkek Kadın Çocuk Eski Hük. Özürlü Stajyer | | |
| **2** | Kaza Tarihi : ................. Kaza Gününde İşbaşı Saati : ............... Kazanın olduğu saat : ................ | | | |
| Kazanın Meydana Geldiği Bölüm : | | | |
| Kazada Yaralanan Uzuv –  Yaralanma Şekli : | | | |
| **3** | İşçinin 1. derece yakınının Adı 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 Saptanma Şekli:  Periyodik Üst Kurum Meslek Hast. Diğer  Muayene ile Sevki ile Hastanesinde | | | |
| **5** | **Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk edilenin** | | Adı Soyadı : | |
| Cinsiyeti : E K | |
| Sigorta Sicil No : | |
| Yaşı : | |
| İşe Giriş Tarihi : | |
| Esas İşi (Mesleği) : | |
| Medeni Hali : Evli Bekar Dul | |
| Öğrenim Durumu :  İlköğretim Ort.öğr. Y. Okul Üniversite Y. Lisans Doktora | |
| Kaza Anında Yaptığı İş : | |
| **6** | Ağır Uzuv Hafif  Kaza sonucu ölü yaralı sayısı : Ölü Yaralı Kaybı Yaralı | | | |
| Kaza sonucu yaralanan işçilerden 3 günden fazla  İstirahat alanların sayısı : 1.Gün 2.Gün 3. Gün veya açık istirahat | | | |
| Kazayı Gören : Var Yok  Şahitlerin Adı Soyadı :  Şahitlerin Adresi :  Şahitlerin İmzası : | | | |
| Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız) : | | | **7**  İşveren veya Vekilinin  Adı ve Soyadı  İmzası |