

İŞ KAZASI TUTANAĞI

KAZA GEÇİREN İŞÇİNİN

ADI-SOYADI :
SİGORTA SİCİL NO :
BABA ADI :
DOĞUMYERİ :
DOĞUM TARİHİ :
GÖREVİ :
İŞE BAŞLAMA TARİHİ :
KAZA TARİH VE SAATİ :
KAZA TARİHİNDEKİ İŞÇİ SAYISI :
KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :
ADRESİ :
TELEFONU :
UZUV KAYBI : Vardır/ Yoktur

KAZANIN NASIL OLDUĞU :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

	<u>Müdür/ Ustabaşı</u>	<u>Kazalı</u>	<u>Tanık</u>	<u>Tanık</u>
Adı-Soyadı :				
Görevi :				
Adresi :				
Telefonu :				
İmza :				

NOT : İş kazası, en yakın Jandarma/Polis Karakoluna Derhal, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Bölge Müdürlüğü İle bağlı olunan Sigorta Müdürlüğü'ne Üç iş günü içinde bildirilecektir.