İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU		
Sigortalı Bilgileri:		
Adı Soyadı:		
Tc Kimlik No:		
Doğum Tarihi:		
Öğrenim Durumu:		
Mesleği:		
Görevi:		
Adresi:		
İl/İlçe:		
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:		
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:		
Yaralanmaya Neden Olan Olay:		
Yaranın Türü:		
Yaranın Vücuttaki Yeri:		
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:		
Kaza Sonucu İş Göremezliği:		
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:		
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:		
Kazanın Gerçekleştiği Yer:		
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:		
Çalışılan Ortam:		
Çalışılan Çevre:		
Tıbbi Müdehale Yapıldı mı? :		
Tıbbi Müdehale Yapan Kişi:		**Tıbbi Müdehale Yapılan Yer:**
İş Kazası Bilgileri:		
Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:		
Kaza İl:		**Kaza İlce:**

Kaza Saati:		**Kaza Tarihi:**
Kaza Adres:		
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:		
Kaza Sebebi Açıklama:		
Kaza Sebebi:		
Tıbbi Müdehale Yapıldı mı? :		
Tıbbi Müdehale Yapan Kişi:		**Tıbbi Müdehale Yapılan Yer:**
Toplam:		
İş Kazası Bilgileri:		
Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:		
Kaza İl:		**Kaza İlce:**
Kaza Saati:		**Kaza Tarihi:**
Kaza Adres:		
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:		
Kaza Sebebi Açıklama:		
Kaza Sebebi:		
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:		
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:		
İş Kazası Şahit Bilgileri:		
Tc Kimlik No	**Ad Soyad**	**e-posta**
Tel	**Adres**	
Birim Amiri		
Kaşe/İmza		