



T.C. SOSYAL GÜVENLİK
KURUMU Emeklilik Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

Belgenin Düzenlendiği Tarih :... /... / ...
Belgenin Düzenlendiği Sayı :... ..

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

İşyeri Bilgileri:

Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati:	
İş Yeri Adres:	
İş Yeri Unvan:	
İş Yeri Tel:	

Sigortalı Bilgileri:

Adı Soyadı:	
Tc Kimlik No:	
Sicil No:	
Doğum Tarihi:	
Medeni Hali:	
Öğrenim Durumu:	
Mesleği:	
Görevi:	
Adresi:	
İl/İlçe:	
Adresi:	
Mesleki Eğitim Almış mı?:	
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:	
Kaza Günü İşbaşı Saati:	
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:	
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:	
Kazanın Gerçekleştiği Yer:	
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:	

Çalışılan Ortam:		
Tıbbi Müdahale Yapıldı mı? :		
Tıbbi Müdahale Yapan Kişi:		Tıbbi Müdahale Yapılan Yer:
Tıbbi Müdahale Yapılan İl:		Tıbbi Müdahale Yapılan İlçe:
Soyadı:		Tel:
Faks:		E-posta:
İş Kazası Bilgileri:		
Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:		
Kaza İl:		Kaza İlçe:
Kaza Saati:		Kaza Tarihi:
Kaza Adres:		
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:		
İş Kazası Şahit Bilgileri:		
Tc Kimlik No	Ad Soyad	e-posta
tel	Adres	