BEYAN TARİHİ: …./…./……

KAZALININ

TC.KİMLİK NO :

ADI-SOYADI :

KURUM SİCİL NO :

SİGORTA SİCİL NO :

BABA ADI :

DOĞUM YERİ :

DOĞUM TARİHİ

MEZUNİYET BİLGİSİ :

GÖREV YAPTIĞI BİRİM :

GÖREVİ :

İŞE BAŞLAMA TARİHİ :

KAZA TARİH VE SAATİ :

KAZA ADRESİ :

KAZA GÜNÜ MESAİ

BAŞL. BİTİŞ SAATİ

YIL İÇİNDE ALINAN YILLIK İZİN :

KAZA SONUCU TIBBI MÜDAHALE Yapıldı ( ) / Yapılmadı ( )

:

TIBBİ MÜDAHALEYİ YAPAN :

EV ADRESİ :

TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır ( ) / Yoktur ( )

(*) KAZANIN NASIL OLDUĞU :

……

……

……

……

Rapor alındı mı? ……. Kaç gün ? …. Yaralanmanın olduğu bölge (Örn: Sağ El, Sol Ayak Bileği…vb.

……

Birim

Amiri :

TC.Kimlik No :

Adı-Soyadı :

Görevi :

Adresi :

Telefonu :

İmza :

Tanık(Varsa)

:

TC.Kimlik No :

Adı-Soyadı :

İMZA

Görevi :

Adresi :

Telefonu :

İmza :

***Bu bölüm kaza geçiren personel tarafından kendi el yazısı ile doldurulup imzalanacaktır.**