# HASTANE PERSONELİ İŞ KAZASI BEYANNAMESİ

TC. Kimlik No :

Adı :

Soyadı :

Ünvanı :

Görev Yeri :

İş Kazası Tarihi :..../.../20...

Yukarıda belirtmiş olduğum bilgilerin doğruluğunu teyit eder aynı gün içerisinde İş Kazasını bildirmek üzere İş Güvenliği Birimine bildireceğimi taahhüt ederim.

Adı Soyadı( Kendi el yazısı ile)

İmza