**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 : ……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

 **Müdür/**

 **Ustabaşı**  **Kazalı** **Tanık** **Tanık**

**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 iki gün içinde bildirilecektir.