



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
İŞ KAZASI TUTANAĞI FORMU

KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN

T.C. Kimlik No :

Adı - Soyadı :

Kurum Sicil No :

Sigorta Sicil No :

Kadro Birimi : (Özel Bütçe) 657 (Döner Bütçe) 657 Sürekli İşçi Öğretim Üyesi
: (Özel Bütçe) 4B (Döner Bütçe) 4B Daimi İşçi

Doğum Yeri ve Tarihi :

Ev Adresi :

Telefon No :

İşe Başlama Tarihi :

Görevi - Görev Yeri :

Kaza Tarih ve Saati :

Kaza Günü İşbaşı Saati :

Kaza Yeri Birim / Bölüm :

Kaza Türü :

Yara Türü-Vücuttaki Yeri :

Uzuv Kaybı : Vardır / Yoktur

Kazanın Nasıl Olduğu:

	Kazalı	Tanık	Tanık	Birim Amiri / Sor.
Adı-Soyadı				
Tc Kimlik No				
Görevi				
İmza				
Tarih / Saat				
Telefon				