



BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU (PERSONEL)



İSG-FR.004

İş Kazası Geçiren Çalışanın;	
Adı- Soyadı:	
T.C. Kimlik No:	
Görev Yaptığı Birim:	
Görevi:	
Kaza Tarihi ve Saati:	
Vücudunda Yaralanan Kısımlar:	
İş Kazası Sırasında Kullandığı Araç, Gereçler:	

İş kazasının oluş şeklini baştan sona, ayrıntılı biçimde anlatınız:			
	Adı Soyadı:	Görevi:	Cep Telefonu:
Birim Amiri:			0 (.....)
Varsa Tanık:			0 (.....)
Varsa 2. Tanık:			0 (.....)

İş Kazası Geçiren Kişi İmzası

DAĞITIM: İş kazası bildirimini yapmakla görevli personel.

- Not: 1.** Form iş kazasına maruz kalan çalışan tarafından doldurulacaktır.
2. Bu belge, ekinde varsa iş kazası ile ilgili elde edilen tüm belgelerle/fotoğraflarla/krokilerle birlikte özlük dosyasında arşivlenir.
3. İş kazası bildirimini yapan personel tüm eklerin birer sureti ile bu tutanağı İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğüne gönderir.