

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
ŞÇ.TL.04	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/1

Düzenlenme tarihi: .../.../.....

İşyerinin	Bölge Müdürlüğü Sicil No :	SSK İşyeri Sicil No:	
	Unvanı :		
	Adresi :		
	İşçi Sayısı :Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Eski Hük. <input type="checkbox"/> Özürlü <input type="checkbox"/> Stajyer <input type="checkbox"/>		
2	Kaza Tarihi : .../.../.....	Kaza Gününde İşbaşı Saati : .....	Kazanın olduğu saat : .....
	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm :		
	Kazada Yaralanan Uzuv –Yaralanma Şekli :		
3	İşçinin 1. derece yakınının Adı Soyadı :		
	Açık adresi :		
4	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi:		
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk edilenin Çalıştığı Bölüm / İş:		
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü:		
	Meslek Hastalığının Saptanma Şekli: Periyodik <input type="checkbox"/> Üst Kurum <input type="checkbox"/> Meslek Hast. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Muayene ile <input type="checkbox"/> Sevki ile <input type="checkbox"/> Hastanesinde <input type="checkbox"/>		
5	Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk edilenin	Adı Soyadı :	
		Cinsiyeti : E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	
		Sigorta Sicil No :	
		Yaşı :	
		İşe Giriş Tarihi :	
		Esas İş (Mesleği) :	
		Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>	
		Öğrenim Durumu : İlköğretim <input type="checkbox"/> Ort.öğr. <input type="checkbox"/> Y.Okul <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Y. Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>	
Kaza Anında Yaptığı İş :			
6	Kaza sonucu ölü yaralı sayısı : Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Uz. Kaybı <input type="checkbox"/> Hafif Yaralı <input type="checkbox"/>		
	Kaza sonucu yaralanan işçilerden İstirahat alanların sayısı : 1.Gün <input type="checkbox"/> 2.Gün <input type="checkbox"/> 3. Gün <input type="checkbox"/> 3 günden fazla veya açık istirahat <input type="checkbox"/>		
	Kazayı Gören Şahitlerin Adı Soyadı : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>		
	Şahitlerin Adresi :		
	Şahitlerin İmzası :		
Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız):		İşveren veya Vekilinin Adı ve Soyadı İmzası	

Not: 1- İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazılı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105'inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

- 1, 3, 5 ve 7. inci bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirim durumunda,
- 2 ve 6. mci bölümler sadece kaza bildirim durumunda,
4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim durumunda,
- doldurulacaktır (Formun ön yüzü yetmediği takdirde arka yüzü kullanılabilir.)