**Kaza Geçiren Çalışanın**

Adı-Soyadı : Görev Yaptığı Birim:

T.C. Kimlik No : Görevi :

Sigorta Sicil No : Kaza Tarih ve Saati :

Baba Adı : Telefon No :

ÖLÜM

YOK

VAR

Doğum Yeri / Tarihi : Uzuv Kaybı :

Ev Adresi :

**Görgü Tanığının İfadesi: (Kaza Oluş Şekli)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Görgü Tanığı İşveren / İşveren Vekili**

Adı-Soyadı : Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik No : T.C. Kimlik No :

Tarih : Tarih :

İMZA : İMZA :

*Ek-1*  *Görgü şahitlerinin ifade tutanakları alınması ve kaza / olay araştırma formunun eki olarak saklanması uygun olacaktır.*

\*\* İŞ KAZASI için; İş Kazası formunu doldurup, 3 gün içinde SGK'ya bildirim yapılması gerekir.