



T.C.
MUŞ VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 28266620-918.01-E.2329498
Konu : İş Kazası ve Meslek Hastalığı
Bildirme Formu

22.02.2017

.....KAYMAKAMLIĞINA
İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü

.....OKULU/KURUMU MÜDÜRLÜĞÜNE

İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir. Olası bir iş kazası durumunda ekteki formun doldurularak, 6331 Sayılı yasanın 14.Maddesi gereği 1 nüshasının 3 (üç) iş günü içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilmesive bir nüshasında müdürlüğümüze bildirilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Metin İLCİ
Vali a.
Millî Eğitim Müdürü

EKLER :

İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirme Formu

DAĞITIM :

İlçe Kaymakamlıklarına

Okul ve kurum Müdürlüklerine

Özel Okul ve Kurumlara



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No : 05.04.FR.26
Yayın No : 01
Yayın Tarihi : 01/07/2016
Revizyon Tarihi : .../.../20...
Revizyon Sayısı : 00
Sayfa No : 1 / 3
Kurum/Birim Kodu: 24301423

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI
BİLDİRME FORMU

İşyeri Bilgileri:

İş Yeri No:
İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:
Vergi Dairesi Adı:
Vergi Dairesi No:
Kaza Günü İşyeri Vardiya
Başlangıç Saati:
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş
Saati:
İş Yeri Adres:
İş Yeri Unvan:
İş Yeri Tel:
İş Yeri Faks:
Kaza Sonrası İş Yerinin
Durumu:

Sigortalı Bilgileri:

Adı Soyadı:
Tc Kimlik No:
Sicil No:
Doğum Tarihi:
Medeni Hali:
Uyruğu:
Son İşe Giriş Tarihi:
İlk İşe Giriş Tarihi:
Öğrenim Durumu:
Mesleği:
Görevi:
Ücretli İzin Gün Sayısı:
Prim Ödeme Durumu:
Adresi:
İl/İlçe:
İstihdam Durumu:
Faks:
Tel:
E-posta:

Sigortalını Yakınının
Adı Soyadı:
T.C. Kimlik
Numarası:
Adresi:

Mesleki Eğitim Almış mı?:
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:
Kaza Günü İşbaşı Saati:
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:
İşi Bırakma Tarihi:
İşi Bırakma Saati:
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:
Yaralanmaya Neden Olan Olay:

ONAY

...../...../2017

.....
İşveren/İşveren Vekili
(Ad Soyad, İmza, Mühür)



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No : 05.04.FR.26
Yayın No : 01
Yayın Tarihi : 01/07/2016
Revizyon Tarihi : .../.../20...
Revizyon Sayısı : 00
Sayfa No : 2 / 3
Kurum/Birim Kodu: 24301423

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI
BİLDİRME FORMU

Yararın Türü:	
Yararın Vücuttaki Yeri:	
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:	
Kaza Sonucu İş Göremezliği:	
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:	
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:	
Kazanın Gerçekleştiği Yer:	
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:	
Çalışılan Ortam:	
Çalışılan Çevre:	
Tıbbi Müdahale Yapıldı mı? :	
Tıbbi Müdahale Yapan Kişi:	Tıbbi Müdahale Yapılan Yer:
Tıbbi Müdahale Yapılan İl:	Tıbbi Müdahale Yapılan İlçe:
Tıbbi Müdahale Yapılan Tarih:	Tıbbi Müdahale Yapılan Saat:
Bildirim Tarihi:	Bildirim Saati:

İş Kazası Bildirim Bilgileri:

Bildirimi Hazırlayan:		
Tc Kimlik No:	Adı:	
Soyadı:	Tel:	
Faks:	E-posta:	
Bildirilen İşçi Sayısı:	Erkek:	Kadın:
	Çocuk:	Hükümlü:
	Eski Hükümlü:	Terör Mağduru:
	Stajyer/Çırak:	Özürü:
	Toplam:	

İş Kazası Bilgileri:

Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:	
Kaza İl:	Kaza İlçe:
Kaza Saati:	Kaza Tarihi:
Kaza Adres:	
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:	
Kaza Sebebi Açıklama:	
Kaza Sebebi:	
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:	

İş Kazası Şahit Bilgileri:

--	--	--	--	--

Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır:

Çalışılan Ortam:	
Meslek Hastalığı Saptanma Şekli:	

ONAY

...../...../2017

.....
İşveren/İşveren Vekili
(Ad Soyad, İmza, Mühür)



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No : 05.04.FR.26
Yayın No : 01
Yayın Tarihi : 01/07/2016
Revizyon Tarihi : .../.../20...
Revizyon Sayısı : 00
Sayfa No : 3 / 3
Kurum/Birim Kodu: 24301423

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI
BİLDİRME FORMU

Meslek Hastalığı Etkeni:	
Meslek Hastalığı Etken Süresi:	
İş Göremezlik Seviyesi:	
Meslek Hastalığı Tanısı:	
Meslek Hastalığı Tam Tarihi:	
Bildirim Tarihi:	Bildirim Saati:

Not: İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını Kanunun 4 üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi ile 5 inci madde kapsamındaki sigortalıları o yer kolluk kuvvetlerine derhal Kuruma da en geç kazadan sonraki üç iş günü içinde, (b) bendi kapsamında sigortalının kendisi tarafından 1 ayı geçmemek şartıyla rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra ki üç iş günü içinde ayrıca işveren sigortalının meslek hastalığına tutulduğunu öğrendiği veya bu durum kendisine bildirildiği günden başlayarak üç iş günü içinde (b) bendi kapsamındaki sigortalı ise bu durumu öğrendiği günden başlayarak üç iş günü içinde Kuruma bildirmesi zorunludur.

	<p>ONAY/...../2017 İşveren/İşveren Vekili (Ad Soyad, İmza, Mühür)</p>
--	--