



T.C. YAŞAR ÜNİVERSİTESİ İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

Bu bölüm kazayı geçiren kişinin Birim/Bölüm Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.

İŞYERİ BİLGİLERİ

İşyeri Adı:	SGK Sicil No:	Adresi:
Yaşar Üniversitesi	285420101128335703504-88	() Kazımdirik Mah. Üniversite Cad. No:37-39A Bornova/İzmir
Yaşar Üniversitesi (İBOTİM)	241200101134780303504-29	() Kazımdirik Mah. Üniversite Cad. No:37-39A Bornova/İzmir
Yaşar Üniversitesi Öğrenci Yurdu	255900101139056403504-13	() Sanayi Cad. 367/2 Sk. Dış Kapı No:9 Bornova/İzmir
Yaşar Üniversitesi Stajyer	285420101157420503504-33	() Kazımdirik Mah. Üniversite Cad. No:37-39A Bornova/İzmir

KAZAZEDE BİLGİLERİ

Adı, Soyadı:	Kaza Anında Yaptığı İş:
T.C. Kimlik No:	
Görev, Unvan:	
Telefon:	

KAZA BİLGİLERİ

Kazanın Meydana Geldiği Tarih/Saat:	Meydana Geldiği Bölüm/Yer:
-------------------------------------	----------------------------

KAZAZEDE YAKINI BİLGİLERİ

Adı, Soyadı:	Telefon:
T.C. Kimlik No:	Yakınlık Derecesi:

KAZA ŞAHİT BİLGİLERİ -1

Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:
Görev/Unvan:	Görev/Unvan:
T.C. Kimlik No:	T.C. Kimlik No:

KAZA ŞAHİT BİLGİLERİ -2

KAZANIN SEBEBİ ve OLUŞ ŞEKLİ (Detaylı olarak açıklayınız.)

Rapor Düzenlenme Tarih/Saat:		Raporu Düzenleyen Adı, Soyadı / İmza:
------------------------------	--	---------------------------------------

Bu bölüm İşyeri Hekimi/Hemşiresi tarafından doldurulacaktır.

YARALANAN BÖLGE ve YARALANMA TİPİ

REVİRDE YAPILAN MÜDAHALE	
--------------------------	--

HASTANEYE SEVK EDİLDİ Mİ?

Gerekli Görülmedi: ()
Sevk Edilen Hastane:

REVİR BİLGİLERİ

İşyeri Hemşiresi Adı Soyadı:	İmza:
İşyeri Hekimi Adı Soyadı:	İmza:
Raporu Düzenleyen Adı, Soyadı:	İmza:

* Birim/Bölüm Yöneticileri meydana gelen iş kazasını en geç bir (1) iş günü içinde bu form ile revire bildirmek zorundadır. Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere 4857 sayılı İş Kanunu md. 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır. Geç bildirimlerden doğacak İdari Para Cezaları formun gecikmesinden kaynaklanan kişilere rücu edilecektir.