



## Kaza Bildirim Formu

Doküman No:	HEF.FR.0010
Yayın Tarihi:	20.03.2023
Revizyon Tarihi:	
Revizyon No:	
Sayfa:	1/1

### TUTANAK

#### Kazaya Maruz Kalan Personelin/Öğrencinin

Adı Soyadı:	Bölümü:
T.C Kimlik No:	Tel No:
Unvanı:	e-mail:
Cinsiyet:	Ev adresi:
Olayın olduğu tarih:	Kazanın türü:
Olayın olduğu saat:	Kazadan etkilenen vücut bölgesi:
Olayın olduğu yer:	Kaza sonrası sağlık gözetimi gerekli mi? ( ) Evet ( ) Hayır

#### Olayı anlatınız

#### **Olaya Maruz Kalan Kişi**

Adı-Soyadı:

İmza:

#### **Tanık Olan Kişi**

Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik no:

Tel:

İmza:

#### **Bölüm Sorumlusu**

Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik no:

Tel:

İmza: