



İş Kazası Tutanak Formu

Doküman No:	HEF.FR.0030
Yayın Tarihi:	20.03.2023
Revizyon Tarihi:	
Revizyon No:	
Sayfa:	1/1

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:

HAZIRLAYAN

...../...../.....

ONAYLAYAN

...../...../.....

Dekan
İMZA