BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

FR 3.10.3_01

İş Kazası Geçiren Çalışanın;	
Adı- Soyadı:	
T.C. Kimlik No:	
Görev Yaptığı Birim:	
Görevi:	
Kaza Tarihi ve Saati:	
Vücudunda Yaralanan Kısımlar:	
İş Kazası Sırasında Kullandığı Araç, Gereçler:	

İş kazasının oluş şeklini baştan sona, ayrıntılı biçimde anlatınız:

	Adı Soyadı:	**Görevi:**	**Cep Telefonu:**
Birim Amiri:			**0 (……) …… …. ….**
Varsa Tanık:			**0 (……) …… …. ….**
Varsa 2. Tanık:			**0 (……) …… …. ….**

İş Kazası Geçiren Kişi İmzası

DAĞITIM: İş kazası bildirimini yapmakla görevli personel.

Not: 1. Form iş kazasına maruz kalan çalışan tarafından doldurulacaktır.
2. Bu belge, ekinde varsa iş kazası ile ilgili elde edilen tüm belgelerle/fotoğraflarla/krokilerle birlikte özlük dosyasında arşivlenir.
3. İş kazası bildirimini yapan personel tüm eklerin birer sureti ile bu tutanağı İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğüne gönderir.