|  | **İŞ KAZASI TUTANAĞI**(İŞKUR PERSONELİ İÇİN) |  |
| --- | --- | --- |
| FORM 3 |
|  |
|  |

**KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN**

ADI-SOYADI :

KURUM SİCİL NO. :

TC KİMLİK NO :

BABA ADI :

DOĞUM YERİ :

DOĞUM TARİHİ :

GÖREV YAPTIĞI BİRİM :

GÖREVİ :

İŞE BAŞLAMA TARİHİ :

KAZA TARİH VE SAATİ :

KAZA TARİHİNDEKİ ÇALIŞAN SAYISI :

KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :

EV ADRESİ :

EV VE CEP TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır/ Yoktur

KAZANIN NASIL OLDUĞU : …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Birim Amiri**  **Kazalı**  **Tanık** **Tanık**

**Adı-Soyadı :**

**Görevi :**

**Adresi :**

**Telefonu :**

**İmza :**

**NOT :**1-) İş kazası tutanağı, SGK ya bildirimde bulunulması amacıyla **(aynı gün içerisinde)** İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Destek Hizmetleri İşkur Birimine 1 nüshası iletilecektir. (İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimine bilgi verilecek)

 2-)Çalışanın özlük dosyasına 1 nüshası konulacak.

 3-)Kazaya uğrayan çalışana En az 2 Saat süreli yeniden İSG eğitimi verilecek.

 4-)Kazanın oluşumu ile ilgili alanda yeniden **“RİSK DEĞERLENDİRMESİ”** yapılacak.

|  | **İŞ KAZASI TUTANAĞI**(Okul Aile Birliği tarafından Hizmet Alımı Yöntemi ile Çalıştırılan Personel İçin) |  |
| --- | --- | --- |
| FORM 3 |
|  |
|  |

**KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN**

ADI-SOYADI :

KURUM SİCİL NO. :

TC KİMLİK NO :

BABA ADI :

DOĞUM YERİ :

DOĞUM TARİHİ :

GÖREV YAPTIĞI BİRİM :

GÖREVİ :

İŞE BAŞLAMA TARİHİ :

KAZA TARİH VE SAATİ :

KAZA TARİHİNDEKİ ÇALIŞAN SAYISI :

KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :

EV ADRESİ :

EV VE CEP TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır/ Yoktur

KAZANIN NASIL OLDUĞU : …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Birim Amiri**  **Kazalı**  **Tanık** **Tanık**

**Adı-Soyadı :**

**Görevi :**

**Adresi :**

**Telefonu :**

**İmza :**

**NOT :**1-) Okul/Kurum İş kazası tutanağını **3 iş günü** içinde SGK’na üst yazı ile veya Hizmet Alımı yapılan firma tarafından e-bildirge üzerinden bildirimde bulunmak zorunda.(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimine bilgi verilecek)

 2-) Çalışanın özlük dosyasına 1 nüshası konulacaktır.

 3-)Kazaya uğrayan çalışana En az 2 Saat süreli yeniden İSG eğitimi verilecek.

 4-)Kazanın oluşumu ile ilgili alanda yeniden **“RİSK DEĞERLENDİRMESİ”** yapılacak.

|  | **İŞ KAZASI TUTANAĞI**(ÜCRETLİ ÖĞRETMEN İÇİN) |  |
| --- | --- | --- |
| FORM 3 |
|  |
|  |

**KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN**

ADI-SOYADI :

KURUM SİCİL NO. :

TC KİMLİK NO :

BABA ADI :

DOĞUMYERİ :

DOĞUM TARİHİ :

GÖREV YAPTIĞI BİRİM :

GÖREVİ :

İŞE BAŞLAMA TARİHİ :

KAZA TARİH VE SAATİ :

KAZA TARİHİNDEKİ ÇALIŞAN SAYISI :

KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :

EV ADRESİ :

EV VE CEP TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır/ Yoktur

KAZANIN NASIL OLDUĞU : …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Birim Amiri**  **Kazalı**  **Tanık** **Tanık**

**Adı-Soyadı :**

**Görevi :**

**Adresi :**

**Telefonu :**

**İmza :**

**NOT :**1-)Çalışanın sigorta iş ve işlemlerini yapan okul/kurum tarafından aynı gün içinde İş kazası tutanağı SGK ya bildirimde bulunmak zorundadır. Bilgi için İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Destek Hizmetleri İşkur Birimine 1 nüshası verilecektir. (İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimine bilgi verilecek)

 2-)Çalışanın özlük dosyasına 1 nüshası konulacaktır.

 3-)Kazaya uğrayan çalışana En az 2 Saat süreli yeniden İSG eğitimi verilecek.

 4-)Kazanın oluşumu ile ilgili alanda yeniden **“RİSK DEĞERLENDİRMESİ”** yapılacak.

|  | **İŞ KAZASI TUTANAĞI**Geçici Personel(657 S.K. 4/C)için |  |
| --- | --- | --- |
| FORM 3 |
|  |
|  |

**KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN**

ADI-SOYADI :

KURUM SİCİL NO. :

TC KİMLİK NO :

BABA ADI :

DOĞUMYERİ :

DOĞUM TARİHİ :

GÖREV YAPTIĞI BİRİM :

GÖREVİ :

İŞE BAŞLAMA TARİHİ :

KAZA TARİH VE SAATİ :

KAZA TARİHİNDEKİ ÇALIŞAN SAYISI :

KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :

EV ADRESİ :

EV VE CEP TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır/ Yoktur

KAZANIN NASIL OLDUĞU : …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Birim Amiri**  **Kazalı**  **Tanık** **Tanık**

**Adı-Soyadı :**

**Görevi :**

**Adresi :**

**Telefonu :**

**İmza :**

**NOT :**1-) İş kazası tutanağı, SGK ya bildirimde bulunulması amacıyla **(aynı gün içerisinde)** İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Destek Hizmetleri İşkur Birimine 1 nüshası iletilecektir. (İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimine bilgi verilecek)

 2-)Çalışanın özlük dosyasına 1 nüshası konulacak.

 3-)Kazaya uğrayan çalışana En az 2 Saat süreli yeniden İSG eğitimi verilecek.

 4-)Kazanın oluşumu ile ilgili alanda yeniden **“RİSK DEĞERLENDİRMESİ”** yapılacak.

|  | **İŞ KAZASI TUTANAĞI**(KADROLU PERSONEL İÇİN) |  |
| --- | --- | --- |
| FORM 3 |
|  |
|  |

**KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN**

ADI-SOYADI :

KURUM SİCİL NO. :

TC KİMLİK NO :

BABA ADI :

DOĞUMYERİ :

DOĞUM TARİHİ :

GÖREV YAPTIĞI BİRİM :

GÖREVİ :

İŞE BAŞLAMA TARİHİ :

KAZA TARİH VE SAATİ :

KAZA TARİHİNDEKİ ÇALIŞAN SAYISI :

KAZA GÜNÜ İŞBAŞI SAATİ :

EV ADRESİ :

EV VE CEP TELEFONU :

UZUV KAYBI : Vardır/ Yoktur

KAZANIN NASIL OLDUĞU : …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Birim Amiri**  **Kazalı**  **Tanık** **Tanık**

**Adı-Soyadı :**

**Görevi :**

**Adresi :**

**Telefonu :**

**İmza :**

**NOT :**1-) Çalışanın sigorta iş ve işlemlerini yapan okul/kurum tarafından aynı gün içinde İş kazası tutanağı SGK ya bildirimde bulunmak zorundadır. Bilgi için İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Destek Hizmetleri İşkur Birimine 1 nüshası verilecektir. (İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimine bilgi verilecek)

 2-)Çalışanın özlük dosyasına 1 nüshası konulacaktır.

 3-)Kazaya uğrayan çalışana En az 2 Saat süreli yeniden İSG eğitimi verilecek.

 4-)Kazanın oluşumu ile ilgili alanda yeniden **“RİSK DEĞERLENDİRMESİ”** yapılacak.