

TC. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU			
1- İŞ YERİ BİLGİLERİ			
Bağlı Olduğu İl : ANKARA		Sicil No :	
Vergi Dairesi ve Numarası		Tel :	
İş Yeri Unvanı ve Adresi :			
Erkek ☐ Kadın ☐ Çocuk ☐ Stajyer / çıracık ☐ Terör Mağduru ☐			
İşçi Sayısı : Özürlü ☐ Hükümlü ☐ Eski Hükümlü ☐ Genel Toplam ☐			
2- Kazazede veya kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi ile hastaneye sevk edilenin			
Adı Soyadı :		Cinsiyeti : E ☐ K ☐ Doğum Tarihi :	
TC Kimlik No :		SSK Sicil No :	
Bağ Kur Sicil No : -			
İşe Giriş Tarihi :		Medeni Hali : Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐	
Okur Yazar ☐ Okur Yazar Değil ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐			
Öğrenim Durumu : Yüksekokul ☐ Üniversite ☐ Y.Lisans ☐ Doktora ☐			
5510 SK. 4-a Daimi ☐ Mevsimlik ☐ Geçici ☐ Eski Hükümlü ☐ Hükümlü ☐ Özürlü ☐			
İstihdam Durumu : Ödünç Çalışan ☐ Terör Mağduru ☐ Stajyer / çıracık ☐ Diğer ☐			
5510 SK. 4-b Kendi Adına Ve Hesabına ☐			
Çalışma Şekli : Tam Zamlı ☐ Kısmi Zamlı ☐ Diğer ☐			
Prim Ödeme Hali : Sona Erdi ☐ Sona Ermedi ☐		Sona Erdi İse Erdiği Tarih : ... / ... /	
Son Bir Yıl İçinde Toplam Ücretli İzin Gün Sayısı :		Son İş Yerine Giriş Tarihi : ... / ... /	
Esas İş Mesleği :		Uyruğu (Yabancı ise ülke adı) :	
İşçinin Birinci Derecede Yakınının : Adı Soyadı : Adresi :			
İş Kazası Halinde Doldurulacaktır			
3	Kaza Tarihi :	Kaza Gününde İş Başı Saati :	Kazanın Saati :
4	Kaza Anında Yaptığı İş :		
5	Kazanın Sebebi :	Kaza Sonucu İş Göremezliği : Var ☐ Yok ☐	
6	Yarının Türü :		
7	Yarının Vücuttaki Yeri :		
8	İş Yerinin Büyüklüğü :		
9	Çalışılan Ortam :		
10	Çalışılan Çevre :		
11	Kaza Anında Kazazedenin yürütmekte Olduğu Genel Faaliyetler :		
12	Kazadan Az Önceki Zamanda Kazazedenin yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet :		
13	Olayı Normal Seyrinden Saptıran Kazaya Sebebiyet Veren Olay (Sapma):		
14	Yaralanmaya Sebep Olan Hareket (Olay) :		
15	Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı materyal (Araç) :		
16	Sapmaya Sebep Veren materyal (Araç) :		
17	Yaralanmaya Sebep Olan Hareket Sırasında Kullanılan Materyal (Araç):		
18	Kazayı Gören : Var ☐ Yok ☐	Şahitlerin Adresi :	
	Şahitlerin Adı Soyadı : Şahitlerin İmzası :		
19	Kazanın Oluş Şeklini ve Sebebini Açıklayınız :		
Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır			
20	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi :		
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk Edilenin Çıktığı Bölüm iş :		
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Türü :		
	Meslek Hastalığının Periyodik Muayene İle ☐ Diğer ☐ Saptanma Şekli : Üst Kurum Sevki İle ☐ Meslek Hast. Hast. ☐		
21	Düzenlenme Tarihi : İşveren ve Vekilinin Adı Soyadı : İmzası : e-posta Adresi :		

Not: 1- İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirimi zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.