



T.C.  
UŞAK VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 24409731-918-E.13710794  
Konu : İş Kazaları Bildirimi

05.12.2016

DAĞILITIM YERLERİNE

İlgi : 6331 sayılı yasanın 14. Madde 2. Fıkra a) ve b) bendleri.

İlgi kanununun 14. Maddesi 2. Fıkrasının a) bendinde, “iş kazalarını, kazadan sonraki 3 iş günü içerisinde,” b) bendinde, “Sağlık hizmeti sunucuları veya iş yeri hekimi tarafından, kendisine belirtilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren 3 iş günü içerisinde” Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirir denilmektedir. Buna göre Müdürlüğümüze bağlı tüm resmi Okul/Kurumlarımız, meydana gelen iş kazası/meslek hastalığını, Ek-1, Ek-2, Ek-3, Ek-4 teki formları doldurarak 3 iş günü içerisinde SGK ve Müdürlüğümüz İSGB’ne bildirmeleri hususunda;

Gereğini rica ederim.

Bülent ŞAHİN  
Vali a.  
İl Millî Eğitim Müdürü

Ekler:

- Ek-1, Ek-2, Ek-3, Ek-4, Ek-5 Formları

Dağılım: İl/İlçe Millî Eğitim Müdürlüklerine Bağlı Okul/Kurumlara

**Not :Kaza Bildirim Formları E-posta ile Tüm Okul/Kurumlara Gönderilmiştir**

**UŞAK İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ****İŞ KAZASI (OLAY) TUTANAĞI**

Müdürlüğümüz çalışanlarından ..... ,  
müdürlüğümüzün ..... biriminde ...../...../2015  
tarihinde, saat ..... sıralarında, ..... yaparken  
..... şeklinde bir iş kazasına maruz  
kalmış ve bu kaza sonucunda .....  
İşbu kaza tutanağı tarafımızdan ...../...../2015 tarihinde .....  
mahallinde düzenlenmiş ve imza altına alınmıştır.

GöreviAdı ve Soyadıİmzası

Kaza yeri sorumlusu :

Kaza tanığı :

Kaza tanığı :

## UŞAK İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ

### KAZALININ İFADE TUTANAĞI

Adı Soyadı:

Kadro Unvanı:

İşe Giriş Tarihi:

Görevi:

Kaza Yeri:

Tarih ve Saat:

**KAZA SIRASINDA NE İŞ YAPIYORDUNUZ ?**

**KAZA NASIL OLDU ?**

İFADEYİ ALAN YETKİLİ

İFADEYİ VEREN KAZALININ

Adı Soyadı

Adı Soyadı

İmza

İmza

## UŞAK İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ

### KAZA TANIĞI İFADE TUTANAĞI

Adı,Soyadı :

Görevi :

Kadro Unvanı :

**KAZA SIRASINDA KAZALI NE İŞ YAPIYORDU ?**

**KAZA NASIL OLDU ?**

İFADEYİ ALAN YETKİLİ

Adı Soyadı

İmza

İFADEYİ VEREN TANIĞIN

Adı Soyadı

İmza

T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İSKAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU			EK:4
<b>1-İşyeri Bilgileri</b>			
Bağlı bulunduğu İl :	Sicil No:		
Vergi Dairesi ve Numarası:	Tel:	Fax:	
İşyerinin Unvanı ve Adresi :			
İşçi Sayısı:	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>	Çocuk <input type="checkbox"/>
	Özurlü <input type="checkbox"/>	Hükümlü <input type="checkbox"/>	Eski Hük. <input type="checkbox"/>
	Stajyer-çırak <input type="checkbox"/>		Terör mağduru <input type="checkbox"/>
	Genel Toplam <input type="checkbox"/>		
<b>2- Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk Edilenin</b>			
Adı Soyadı:	Cinsiyeti: E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	Doğum Tarihi : .../.../.....
T.C. Kimlik No:	SSK Sicil No:		
Bağ-Kur Sicil No:			
İşç Giriş Tarihi : .../.../.....	Medeni Hali: Evli <input type="checkbox"/>		
	Bekar <input type="checkbox"/>		
	Dul <input type="checkbox"/>		
Öğrenim	Okur yazar <input type="checkbox"/>	Okur Yazar Değil <input type="checkbox"/>	İlköğretim <input type="checkbox"/>
	Orta öğretim <input type="checkbox"/>		
Durumu :	Yüksek Okul <input type="checkbox"/>	Üniversite <input type="checkbox"/>	Y. Lisans <input type="checkbox"/>
	Doktora <input type="checkbox"/>		
İstihdam durumu:	5510 S.K 4-a	Daimi <input type="checkbox"/>	Mevsimlik <input type="checkbox"/>
		Geçici <input type="checkbox"/>	Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>
		Hükümlü <input type="checkbox"/>	Hükümlü <input type="checkbox"/>
		Özurlü <input type="checkbox"/>	Ödünç çalışan <input type="checkbox"/>
		Terör mağduru <input type="checkbox"/>	Stajyer-Çırak <input type="checkbox"/>
		Alt işverene ait çalışan <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	5510 S.K 4-b	Kendi adına ve hesabına <input type="checkbox"/>	
Çalışma Şekli :	Tam zamanlı <input type="checkbox"/>	Kısmi zamanlı <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Prim ödeme hali: sona erdi <input type="checkbox"/>	sona ermedi <input type="checkbox"/>	Sona erdi ise; erdiği tarih : .../.../.....	
Son bir yıl içindeki toplam ücretli izin gün sayısı:		Son işyerine giriş tarihi: .../.../.....	
Esas işi (Mesleği) :		Uyruğu (Yabancı ise ülke adı):	
İşçinin 1. derece vakamının : Adı Soyadı ..... Açık Adresi.....			
<b>İş kazası Halinde Doldurulacaktır</b>			
3	Kaza Tarihi : .../.../.....	Kaza Gününde İşbaşı Saati : .....	Kazanın saati : .....
4	Kaza Anında Yaptığı İş :		
5	Kazanın sebebi:	Kaza sonucu iş göremezliği	Var <input type="checkbox"/>
			Yok <input type="checkbox"/>
6	Derhal ölüm <input type="checkbox"/>		
6	Yaranın türü:		
7	Yaranın Vücuttaki Yeri:		
8	İşyerinin büyüklüğü:		
9	Çalışılan Ortam:		
10	Çalışılan çevre:		
11	Kaza Anında Kazazedenin Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:		
12	Kazadan Az Önceki Zamanda Kazazedenin Yürüttüğü Özel Faaliyet:		
13	Olayı Normal Seyrinden Saptıran Kazaya Sebep Vereren 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 <input type="checkbox"/>	Şahitlerin Adresi	
	Yok <input type="checkbox"/>		
19	Şahitlerin Adı Soyadı :		
	Şahitlerin imzası :		
19	Kazanın Oluş Şekli ve Sebebini Açıklayınız :		
<b>Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır</b>			
20	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi:		21-Düzenlenme tarihi: .../.../.....
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk edilenin Çalıştığı Bölüm / İş :		
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü:		İşveren veya Vekilinin Adı Soyadı ve İmzası
	Meslek Hastalığının	Periyodik Muayene İle <input type="checkbox"/>	
Saptanma Şekli:	Üst Kurum Sevki İle <input type="checkbox"/>	Meslek Hast. Hast <input type="checkbox"/>	e-posta adresi:

Not: a) İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını kazadan sonraki üç iş günü içinde ve tespit edilecek meslek hastalığını ise öğrendiği günden başlayarak üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik İl/Merkezi Müdürlüğüne bildirmekle yükümlüdürler.(5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Md.13, Md.14)

b) İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazılı T. C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirmeyi zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır

c) 1, 2 ve 21 nci bölümler hem kaza hemde meslek hastalığı bildiriminde, 3 ile 19 uncu bölümler sadece kaza bildiriminde, 20 nci bölüm ise sadece meslek hastalığı bildiriminde doldurulacaktır.

d) 5,6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, kazanın saati ve esas işi (mesleği) bölümleri seçildiğinde konu ile ilgili tablolar ekrana gelecektir. Ekrana gelen bu tablolardan seçimi işlemi yapılacaktır. Bu alanlara konu ile ilgili tanımlayıcı kelime yazıldığında da arama motoru devreye girecektir. Arama motoru ilgili bölümlerdeki tanımlayıcı başlıkları ekrana getirecektir. ekrana gelen bu başlıklardan en uygun tanımlama seçilmelidir



Uşak İl Milli Eğitim Müdürlüğü  
.....Okul/Kurum Müdürlüğü

Döküman No: İK-04  
Yayın No : 01  
Yayın Tarihi: 28/03/2016  
Revizyon Tarihi: .../.../2016  
Revizyon Sayısı:00  
Sayfa No: 1 /2

### Ramak Kala Olay Tutanağı

Tarih: Saat: Yer:

“Ramak kala olay” nedir; işyerinde meydana gelen, çalışan, işyeri ya da ekipmanını zarara uğratma potansiyeli olduğu halde zarara uğratmayan olaydır. İstatistiklere göre her 300 ramak kala olayında 29 yaralanmalı kaza, her 29 yaralanmalı kazada 1 ölümlü veya ağır yaralanmalı kaza gerçekleşmektedir. Bu bakımdan ramak kala kayıtlarının tutulması işyerinde iş kazalarını önlemek için hayati önem taşımaktadır

Ramak kalay olayını açıklayınız:

### DEĞERLENDİRME

Emniyetsiz Davranışlar		Emniyetsiz Koşullar	
Yetkisi olmadan çalışma		Yetersiz muhafaza	
Uyarıda hata		Yetersiz kişisel koruyucu malzeme	
Emniyette hata		Arızalı ekipman	
Uygun olmayan hız		Yetersiz uyarı sistemi	
Emniyet cihazının kullanılmaması		Yangın tehlikesi	
Kişisel koruyucu malzeme kullanmamak		Rüzgar	
Ekipman kullanım hatası		Patlama tehlikesi	
Arızalı ekipman kullanılması		Emniyetsiz istifleme	
Yetkinliği dışında iş yapmak		Kapatılmamış boşluklar	
Talimatlara uymamak		Emniyetsiz kaldırma	
Diğer		Diğer	



Uşak İl Milli Eğitim Müdürlüğü  
.....Okul/Kurum Müdürlüğü

Döküman No: İK-04  
Yayın No : 01  
Yayın Tarihi: 28/03/2016  
Revizyon Tarihi: .../.../2016  
Revizyon Sayısı:00  
Sayfa No: 2 /2

Ramak Kala Olay Tutanağı

Sizce Bu Olayın Çözümü İçin Ne Yapılmalıdır ?

Gözlemleyenin;

Adı-Soyadı:

Görevi:

Tarih:

İmza:

İSG Kurul Üyeleri Ad Soyad-İmza: