T.C.
REYHANLI KAYMAKAMLIĞI
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü)

Sayı : 91949581-918.01-E.2837930
Konu : Tüm Çalışanların, TYP katılımcısı,
Çırak,Stajyer ve Ziyaretçilerin
İş Kazası veya Meslek Hastalığı

03.03.2017

.....MÜDÜRÜLĞÜNE

Hatay İl Milli Eğitim Müdürlüğünün 23/02/2017 tarih ve 2331916 sayılı tüm çalışanların, TYP katılımcısı, çırak, stajyer ve ziyaretçilerin iş kazası veya meslek hastalığı ile ilgili yazıları ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi, yazının incelenerek iş ve işlemlerin yazı doğrultusunda yapılmasını rica ederim.

Mehmet Ali ARSLAN
İlçe Milli Eğitim Müdür V.

Ek: Yazı (9 Sayfa)

Dağıtım:
Tüm Okul Müdürlükleri, Halk Eğitim Müdürlüğü
Öğretmenevi Müdürlüğüne

Adres: Yeni Mah.M.A.Ersoy Cad.Kaymakamlık Binası Kat 1 Reyyhanlı
Elektronik Ağ:www.reyhanlı.meb.gov.tr
E-posta: reyhanli31@.meb.gov.tr
Ayrıntılı bilgi için: M.YANÇATORAL VHKİ
Tel: 0 326 413 10 56
Faks: 0 326 413 37 02

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. http://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden f8eb-4b27-3c2e-be0d-c4c7 kodu ile teyit edilebilir.

T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 38786405-918.01-E.2331916 23.02.2017
Konu: Tüm Çalışanların, TYP katılımcısı,
Çırak, Stajyer, ve Ziyaretçilerin
İş Kazası veya Meslek Hastalığı

.....KAYMAKAMLIĞINA
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne)

İlgi : İl Milli Eğitim Müdürlüğünün 23.10.2015 tarih ve 10824031 sayılı yazısı

6331 sayılı İSG kanunun kapsam başlıklı 2.(1) maddesinde "Bu Kanun; kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerlerde dahil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır" denilmektedir.

Herhangi bir resmi okul veya kurumumuzda iş kazası olması halinde İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İşyeri Sağlık ve Güvenlik Bürosu Yöneticisi olan İş Güvenliği Uzmanı ile İl Milli Eğitim Müdürlüğü İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi Koordinatörüne olay / kaza öğrenilir öğrenilmez ilgili Okul/Kurum Müdürlüğü tarafından derhal bildirilecektir.

6331 sayılı kanunun 14. maddesi gereği işveren tüm iş kazalarını ve ölüme veya yaralanmaya neden olmasa dahi makine ve ekipmana zarar veren veya zarar verme potansiyeli olan olayları inceleyerek bunlarla ilgili raporları düzenler. Çalışanın bağlı olduğu ve kaza/olayın meydana geldiği işyerinin işvereni(Okul/Kurum Müdürü), iş kazalarını, aynı gün içerisinde o yer kolluk kuvvetlerine, çalışanın bağlı olduğu işveren(Okul/Kurum Müdürü) tarafından ise iş kazası olduktan sonraki **üç iş günü** içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmesi gerekir. Bildirimin web sayfası üzerinden yapılmak istenmesi halinde;

(https://uyg.sgk.gov.tr/IsvBildirimFormu/ welcome.do adresi kullanılabilir)

İş Güvenliği Uzmanlarının Görev Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmeliğin 9.(1).a.3 ve 9.(1).a.4. Maddeleri gereği; iş yerinde meydana gelen iş kazalarının nedenlerinin araştırılması ve tekrarlanmamasına yönelik alınacak tedbirlerin belirlenmesi için, İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bildirimde bulunurken; **iş kazası ve meslek hastalığı bildirme formu,** iş kazasına uğrayanların, görgü şahitlerinin olayın oluş şeklini anlattıkları ifadeleri, kişisel koruyucu donanım zimmet belgeleri sureti, okul/kurumun risk analizi sureti, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi aldıklarına dair belge sureti, işbaşı eğitimi belge sureti, mesleki eğitim belgeleri sureti (diploma, kurs belgesi gibi) görev tanımı yazıları ile ayrıntılı olay yeri fotoğraflarının gönderilmesi gerekmektedir.

Hatay İl Milli Eğitim Müdürlüğü
Elektronik Ağ: www.meb.gov.tr
e-posta: isguvenligi31@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Yakup BİÇİCİ
İş Sağlığı ve Güvenliği İl Koordinatörü - İş Güvenliği Uzmanı(A-35930)
Tel.: (0 326) 227 68 68-1196

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. http://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden ca17-34f2-3fff-822f-cd88 kodu ile teyit edilebilir.

Okul ve Kurumlarımız bünyesinde işler yapılırken, herhangi bir kazanın olmasına izin vermemek için; 6331 sayılı kanun ve İş Sağlığı ve Güvenliğine yönelik yönetmeliklerdeki iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine riayet etmenizi, aykırı davranışlarda ve yapılması gereken bildirimlerin zamanında yapılmaması nedeni ile oluşacak tüm sorumluluğun olayın meydana geldiği Okul/Kurum ve İlçe Müdürlüklerinde olduğunun bilinmesi, karşılaşılacak idari para cezaları ve ceza mahkemelerinde taraf ve sorumlu olduklarının bilinmesini rica ederim.

Kemal KARAHAN
Vali a.
İl Milli Eğitim Müdür V.

DAGITIM :
Bilgi ve Gereği :
Tüm Kaymakamlıklara
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne)

Ekler :
1-MEB İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirme Formu
2-Sosyal Güvenlik Kurumu İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bidirim Formu
(Sosyal Güvenlik Kurumuna elektronik bildirim yapılamadığında doldurulup, Sosyal Güvenlik Kurumuna Gönderilecektir.)

Hatay İl Milli Eğitim Mdürülüğü
Elektronik Ağ: www.meb.gov.tr
e-posta: isguvenligi31@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Yakup BİÇİCİ
İş Sağlığı ve Güvenliği İl Koordinatörü - İş Güvenliği Uzmanı(A-35930)
Tel.: (0 326) 227 68 68-1196

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. http://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden ca17-34f2-3fff-822f-cd88 kodu ile teyit edilebilir.

	TC. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi	Döküman No : 05.04.FR.26 Yayın No : 01 Yayın Tarihi : 01/07/2016 Revizyon Tarihi : .../.../20... Revizyon Sayısı : 00 Sayfa No : 1 /3 Kurum/Birim Kodu: 24301423
	İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRME FORMU	

İş Yeri No:	
İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:	
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:	
Vergi Dairesi Adı:	
Vergi Dairesi No:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati:	
İş Yeri Adres:	
İş Yeri Unvan:	
İş Yeri Tel:	
İş Yeri Faks:	
Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu:	

Adı Soyadı:	
Tc Kimlik No:	
Sicil No:	
Doğum Tarihi:	
Medeni Hali:	
Uyruğu:	
Son İşe Giriş Tarihi:	
İlk İşe Giriş Tarihi:	
Öğrenim Durumu:	
Mesleği:	
Görevi:	
Ücretli İzin Gün Sayısı:	
Prim Ödeme Durumu:	
Adresi:	
İl/İlçe:	
İstihdam Durumu:	
Faks:	
Tel:	
E-posta:	

Sigortalı Yakınının	**Adı Soyadı:**	
	T.C. Kimlik Numarası:	
	Adresi:	

Mesleki Eğitim Almış mı?:			
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:			
Kaza Günü İşbaşı Saati:			
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:			
İşi Bırakma Tarihi:		**İşi Bırakma Saati:**	
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:			
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:			
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:			
Yaralanmaya Neden Olan Olay:			

	ONAY **...../...../2017** ..... İşveren/İşveren Vekili (Ad Soyad, İmza, Mühür)

	TC. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi	Döküman No : 05.04.FR.26 Yayın No : 01 Yayın Tarihi : 01/07/2016 Revizyon Tarihi : .../.../20... Revizyon Sayısı : 00 Sayfa No : 2 /3 Kurum/Birim Kodu: 24301423
	İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRME FORMU	

Yaranın Türü:			
Yaranın Vücuttaki Yeri:			
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:			
Kaza Sonucu İş Göremezliği:			
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:			
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:			
Kazanın Gerçekleştiği Yer:			
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:			
Çalışılan Ortam:			
Çalışılan Çevre:			
Tıbbi Müdehale Yapıldı mı? :			
Tıbbi Müdehale Yapan Kişi:		**Tıbbi Müdehale Yapılan Yer:**	
Tıbbi Müdehale Yapılan İl:		**Tıbbi Müdehale Yapılan İlçe:**	
Tıbbi Müdehale Yapılan Tarih:		**Tıbbi Müdehale Yapılan Saat:**	
Bildirim Tarihi:		**Bildirim Saati:**	

Bildirimi Hazırlayan:				
Tc Kimlik No:			**Adı:**	
Soyad::			**Tel:**	
Faks:			**E-posta:**	
Bildirilen İşçi Sayısı:				
	Erkek:		**Kadın:**	
	Çocuk:		**Hükümlü:**	
	Eski Hükümlü:		**Terör Mağduru:**	
	Stajyer/ Çırak:		**Özürlü:**	
	Toplam:			

Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:			
Kaza İl:		**Kaza İlce:**	
Kaza Saati:		**Kaza Tarihi:**	
Kaza Adres:			
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:			
Kaza Sebebi Açıklama:			
Kaza Sebebi:			
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:			

Çalışılan Ortam:	
Meslek Hastalığı Saptanma Şekli:	

	ONAY **...../...../2017** ..... İşveren/İşveren Vekili (Ad Soyad, İmza, Mühür)

	TC. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi	Döküman No : 05.04.FR.26 Yayın No : 01 Yayın Tarihi : 01/07/2016 Revizyon Tarihi : .../.../20... Revizyon Sayısı : 00 Sayfa No : 3 /3 Kurum/Birim Kodu: 24301423
	İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRME FORMU	

Meslek Hastalığı Etkeni:			
Meslek Hastalığı Etken Süresi:			
İş Göremezlik Seviyesi:			
Meslek Hastalığı Tanısı:			
Meslek Hastalığı Tanı Tarihi:			
Bildirim Tarihi:		**Bildirim Saati:**	

Not: İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını Kanunun 4 üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi ile 5 inci madde kapsamındaki sigortalıları o yer kolluk kuvvetlerine derhal Kuruma da en geç kazadan sonraki üç iş günü içinde, (b) bendi kapsamında sigortalının kendisi tarafından 1 ayı geçmemek şartıyla rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra ki üç işgünü içinde ayrıca işveren sigortalının meslek hastalığına tutulduğunu öğrendiği veya bu durum kendisine bildirildiği günden başlayarak üç iş günü içinde (b) bendi kapsamındaki sigortalı ise bu durumu öğrendiği günden başlayarak üç iş günü içinde Kuruma bildirmesi zorunludur.

	ONAY **...../...../2017** ..... İşveren/İşveren Vekili (Ad Soyad, İmza, Mühür)

SGK	T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Belgenin Düzenlendiği Tarih :.. /.... / .... Belgenin Düzenlendiği Sayı : . . . .

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

İş Yeri No:	
İşyeri bağlı Bulunduğu Ünite:	
İşyeri bağlı Bulunduğu İl:	
Vergi Dairesi Adı:	
Vergi Dairesi No:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Başlangıç Saati:	
Kaza Günü İşyeri Vardiya Bitiş Saati:	
İş Yeri Adres:	
İş Yeri Unvan:	
İş Yeri Tel:	
İş Yeri Faks:	
Kaza Sonrası İş Yerinin Durumu:	

Adı Soyadı:	
Tc Kimlik No:	
Sicil No:	
Doğum Tarihi:	
Medeni Hali:	
Uyruğu:	
Son İşe Giriş Tarihi:	
İlk İşe Giriş Tarihi:	
Öğrenim Durumu:	
Mesleği:	
Görevi:	
Ücretli İzin Gün Sayısı:	
Prim Ödeme Durumu:	
Adresi:	
İl/İlçe:	

İstihdam Durumu:				
Faks:				
Tel:				
E-posta:				
Sigortalını Yakınının	Adı Soyadı:			
	T.C. Kimlik Numarası:			
	Adresi:			
Mesleki Eğitim Almış mı?:				
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Almış mı?:				
Kaza Günü İşbaşı Saati:				
Sigortalı Kazadan Sonra Ne Yaptı?:				
İşi Bırakma Tarihi:			İşi Bırakma Saati:	
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Genel Faaliyet:				
Kaza Anında Yürütmekte Olduğu Özel Faaliyet:				
Özel Faaliyet Sırasında Kullandığı Araç/Gereç:				
Yaralanmaya Neden Olan Olay:				
Yaranın Türü:				
Yaranın Vücuttaki Yeri:				
Yaralanmaya Neden Olan Araç/Gereç:				
Kaza Sonucu İş Göremezliği:				
Kaza Sonucu İş Göremezlik Durumu:				
Kazadan Dolayı İşgünü Kaybı:				
Kazanın Gerçekleştiği Yer:				
Kazanın Gerçekleştiği Ortam:				
Çalışılan Ortam:				
Çalışılan Çevre:				
Tıbbi Müdehale Yapıldı mı? :				
Tıbbi Müdehale Yapan Kişi:			Tıbbi Müdehale Yapılan Yer:	
Tıbbi Müdehale Yapılan İl:			Tıbbi Müdehale Yapılan İlçe:	

Tıbbi Müdehale Yapılan Tarih:		Tıbbi Müdehale Yapılan Saat:	
Bildirim Tarihi:		Bildirim Saati:	

Bildirimi Hazırlayan:			
Tc Kimlik No:		Adı:	
Soyadı:		Tel:	
Faks:		E-posta:	
Bildirilen İşçi Sayısı:			
	Erkek:	Kadın:	
	Çocuk:	Hükümlü:	
	Eski Hükümlü:	Terör Mağduru:	
	Stajyer/ Çırak:	Özürlü:	
	Toplam:		

Kazaya Uğrayan Kişi Sayısı:			
Kaza İl:		Kaza İlce:	
Kaza Saati:		Kaza Tarihi:	
Kaza Adres:			
Kazanın Gerçekleştiği Yer/Bölüm:			
Kaza Sebebi Açıklama:			
Kaza Sebebi:			
Kazaya Sebep Olan Araç/Gereç:			

Tc Kimlik No	Ad Soyad	e-posta	Tel	Adres

Çalışılan Ortam:			
Meslek Hastalığı Saptanma Şekli:			
Meslek Hastalığı Etkeni:			
Meslek Hastalığı Etken Süresi:			
İş Göremezlik Seviyesi:			
Meslek Hastalığı Tanısı:			
Meslek Hastalığı Tanı Tarihi:			
Bildirim Tarihi:		**Bildirim Saati:**	

Not: İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını Kanunun 4 üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi ile 5 inci madde kapsamındaki sigortalıları o yer kolluk kuvvetlerine derhal Kuruma da en geç kazadan sonraki üç iş günü içinde, (b) bendi kapsamında sigortalının kendisi tarafından 1 ayı geçmemek şartıyla rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra ki üç işgünü içinde ayrıca işveren sigortalının meslek hastalığına tutulduğunu öğrendiği veya bu durum kendisine bildirildiği günden başlayarak üç iş günü içinde (b) bendi kapsamındaki sigortalı ise bu durumu öğrendiği günden başlayarak üç iş günü içinde Kuruma bildirmesi zorunludur.