



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ

PERSONEL İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ BİLGİ FORMU

Doküman No	İSG.FR.14
Sayfa No	1 / 2
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	-- / -- / 20--
Düzenleme Tarihi	09 / 04 / 2021
Geçerlilik Tarihi	09 / 04 / 2021

SGK İşyeri Sicil Numarası			
İşyeri Tehlike Sınıfı			
KİMLİK BİLGİLERİ			Fotoğraf
Adı, Soyadı			
T.C. Kimlik Numarası			
Doğum Yeri/Doğum Tarihi			
Cinsiyeti	Erkek ()	Kadın ()	
SGK Sicil No			
Kurum Sicil No			
Vergi Numarası			
Kadro Unvanı			
Askerlik Durumu			
Sürücü Belgesi			
Medeni Durumu		Çocuk Sayısı	
Telefonu	Ev:	Cep:	
Acil durumda aranacak telefon			
Ev Adresi			

EĞİTİM ÖĞRENİM		
	Bitirdiği Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet tarihi
Lise		
Ön lisans		
Lisans		
Diğer		
Yabancı Dil		
Sürücü Belgesi ve Sınıfı		
Bilgisayar Kullanabilme	Evet ()	Hayır ()
Bildiğiniz programlar/yazılımlar		
KKD Ziimet Belgesi		
Kullandığınız Teknik Araç ve Cihazlar, (sertifikanız/belgeniz varsa belirtiniz!)	1-	
	2-	
	3-	

Varsa İşinizle İlgili; Katıldığınız Kurs, Aldığınız Sertifika/Yeterlilik Belgesi	Süresi	Sertifika/Yeterlilik Belge No
1-Yangınla Mücadele		
2- Arama Kurtarma Tahliye		
3-İlkyardım		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ

PERSONEL İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ BİLGİ FORMU

Doküman No	İSG.FR.14
Sayfa No	2 / 2
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	-- / -- / 20--
Düzenleme Tarihi	09 / 04 / 2021
Geçerlilik Tarihi	09 / 04 / 2021

Daha önce çalıştığımız iş yerleri <i>(Bu günden geçmişe doğru)</i>	Görevini, yaptığınız iş	Giriş-çıkış tarihi	İşten ayrılış sebebi
1-			
2-			
3-			
4-			

SAĞLIK BİLGİLERİ

Kan Grubunuz	Rh
Sağlık Sorununuz Var mı ? (Kronik Hastalık, Şeker, Yüksek Tansiyon vb.)	
Sürekli Kullandığınız İlaç ya da Protez var mı?	
Sigara / Alkol Kullanıyor musunuz? Mecut Bağışıklama Aşıları (Tetanos, Hepatit, Diğer)	
Daha Önce İş Kazası Geçirdiniz mi? <i>(Çok Kısa Hikayesi)</i>	
Meslek Hastalığı Tetkik ve Muayenesi Oldunuz mu?, Sonuçları Nelerdir?	
Maluliyet Aldınız mı?, Oranınız Nedir?	
Şu Anda Herhangi Bir Hastalık Tedavisi Görüyor musunuz?	
Bu bilgi formundaki verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, zamanla değişecek bilgilerimi en geç on gün içerisinde yazılı olarak bildireceğimi kabul ve beyan ederim.	
	Çalışanın Adı Soyadı İmzası:
Tarih : / /20...	