



T.C
FEKE KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 63714317-918-E.10397152

28.09.2016

Konu : İş Kazası ve Ramak Kala Olayları.

..... MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: Adana Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğünün 26.09.2016 tarih ve 10265375 sayılı yazısı.

İlgi yazı gereği, Okul/Kurumlarda görev yapan personellerin İş Kazası geçirmesi ve Ramak Kala Olaylara maruz kalması halinde ekte sunulan formların doldurulması ve yazı doğrultusunda iş ve işlemlerin yapılması, söz konusu bildirimlerin zamanında yapılmaması halinde doğacak cezai yükümlülüklerde sorumluluğun okul/kurumlarda olacağının bilinmesi hususunda gereğini rica ederim.

Recep BEYDİLLİ
İlçe Milli Eğitim Müdürü

EKLER :

1- İlgi yazı örneği ve ekleri (8 sayfa.).



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 39334060-918-E.10265375

26.09.2016

Konu: İş Kazası ve Ramak Kala Olayları

..... KAYMAKAMLIĞINA
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü)

- İlgi : a) 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu
b) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
c) Valilik Makamının 29/12/2015 tarih ve 13433432 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği İç Yönergesi oluru.

Müdürlüğümüze bağlı okul/kurumlarda meydana gelebilecek iş kazalarının nasıl ve nerelere bildirileceği ilgi (b) Kanununun İş Kazasının tanımı, bildirilmesi ve soruşturulması başlıklı 13. maddesinde belirtilmiş olup Valilik Makamının ilgi (c) oluru ekinde yer alan İş Sağlığı ve Güvenliği İç Yönergesinin İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Kayıt ve Bildirimi başlıklı 11. Maddesinde de detaylı olarak açıklanmıştır.

İlçeniz okul kurumlarında görev yapan personelin iş kazası geçirmesi ve ramak kala olaylarına maruz kalması halinde ilgi (a ve b) Kanun ile ilgi (c) İç Yönergede belirtildiği şekilde ekte gönderilen formların aşağıda belirtilen açıklamalar doğrultusunda doldurularak ilgili yerlere gönderilmesi, söz konusu bildirimlerin zamanında yapılmaması halinde doğacak cezai yükümlülüklerde sorumluluğun öncelikle İlçeniz Milli Eğitim Müdürlüğü ve ilgili okul/kurumlarda olacağının bilinmesi hususunda gereğini rica ederim.

Turan AKPINAR
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

Ek-1) 01.657 Ek-7 İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu

Ek-2) 02. İş Kazası Tutanağı Formu

Ek-3) 01 İş kazalarında gereken yasal işlemler

Ek-4) 05. Ramak Kala Formu

Dağıtım:

15 İlçe Kaymakamlığı

İŞ KAZASI ve RAMAK KALA OLAYLARININ BİLDİRİLMESİNDE YAPILACAK İŞ VE İŞLEMLER

İlçeniz okul/kurumlarında görev yapan personelden ;

- 1- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında görev yapan personelin iş kazası geçirmesi halinde personelin görev yaptığı okul/kurum tarafından Ek-1 de gönderilen 01.657 Ek-7 İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu ve Ek-2) de gönderilen 02. İş Kazası Tutanağı Formunun doldurulup bir örneğinin İl ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerine, Ek-7 İş Kazası ve Meslek Hastalığı formunun üç iş günü içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumu Adana İl Müdürlüğüne gönderilmesi;
- 2- 4857 Sayılı Kanun kapsamında görev yapan personelin iş kazası geçirmesi halinde personelin görev yaptığı okul/kurum tarafından Ek-1 de gönderilen 01.657 Ek-7 İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu ve Ek-2) de gönderilen 02. İş Kazası Tutanağı Formunun İş Güvenliği uzmanı ile doldurulup bir örneğinin İl ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerine bildirilmesi, Çalışanın sigorta girişinin bulunduğu kurum tarafından en geç üç iş günü içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumu web sitesi üzerinden bildirimini yapılması;
- 3- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında görev yapan personel ve 4857 sayılı Kanun kapsamında görev yapan personelin kazaya ramak kala olaylarına maruz kalması halinde Ek-4 de gönderilen Ramak Kala Formunun ilgili okul/kurum tarafından doldurularak İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İSG bürosuna gönderilmesi;

 İLÇE MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İŞ KAZASI İŞLEMLERİ	Doküman No:	
		Tarih:	.../.../.....
		Revizyon:	0
		Sayfa:	.001

Kurumunuzda 4857 ye tabi personel (ÜCRETLİ ÖĞRETMEN-TYP İŞKUR-DAİMI İŞÇİ) için;

bir iş kazası olması halinde yapılacak işlemler!

1- Herhangi bir iş kazasının gerçekleşmesinin ardından olay yerinde bulunanların ya da olay yerine ilk gidenlerin yapması gereken işlemlerin başında; işyerinde mevcut olması durumunda işyeri hekimine veya diğer sağlık personeline haber verilmesi gelir. İşyerinde hekim veya diğer sağlık personeli bulunmaması durumunda ise doğrudan **112 aranarak ambulans çağırılması** gerekmektedir. İlk yardımcı sertifikasına sahip personel varsa ilkyardım uygulanmalı.

2- Olayın resmi olarak kayıt altına alınabilmesi için, en yakın **polis (155)**ya da **jandarma(156)** birimine de haber verilmesi gerekmektedir. Polis veya jandarma tutanaklarının bir örneği dosyalama için saklanmalıdır.Yangın ihtimalinin bulunması durumunda ise derhal **itfaiye (110)**aranmalıdır.

3-İlk yapılacak işlemlerden bir diğeri ise güvenlik önlemlerinin alınmasıdır. İş kazasının olduğu yerde yeterli güvenlik önlemleri tam olarak alınmadan kazanın olduğu bölgeye yaklaşılmamalıdır. Aksi takdirdebaşka bir kazanın daha gerçekleşmesi ihtimal dahilindedir.


4-Kaza mahalli fotoğraflanmalıdır. 3. şahısların kulaktan dolma yorumları yerine kaza olayını bizzat yaşayan ve görenlerin ifadeleri doğrultusunda kayıt oluşturulmalıdır.

5-Kazalı çalışan veya çalışanların kimlik tespitleri yapıp (EK'te sunulan) iş kazası tutanağıformu doldurulmalıdır.

6-Kazanın meydana geldiği gün;Seyhan İlçe MEM İş Sağlığı ve Güvenliği Bürosunda görevli İş Güvenliği Uzmanına haber verilmelidir.

7- Tüm bu iş ve işlemler için dosya tutulmalı ve İş Güvenliği Uzmanı/ İş yeri Hekimine verilmek üzere saklanmalıdır.

NOT : İş kazası tutanağı formunun eksiksiz doldurulması gerekmektedir. (Formatta bir değişiklik yapılmadan formun doldurup bir örneğinin el yazısı ve ıslak imzalı olmasına dikkat edilmelidir.)

		T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü		Belgenin Düzenlendiği Tarih : .. / .. /		
				Belgenin Düzenlendiği Sayı :		
İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU						
1-İşyerinin	Bağlı bulunduğu İl :		İşyeri sicil No:			
	Vergi Dairesi ve Numarası:		Tel:	Fax:		
	İşyerinin Unvanı ve Adresi :					
2- Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk edilenin	Adı Soyadı:		Cinsiyeti: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Doğum Tarihi : .. / .. /		
	T.C. Kimlik No:		SSK Sicil No:			
	İşe Giriş Tarihi : .. / .. /		Medeni Hali: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>			
İş kazası Halinde Doldurulacaktır	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: Daimi <input type="checkbox"/> Mevsimlik <input type="checkbox"/> Geçici <input type="checkbox"/> Eski Hükümlü <input type="checkbox"/> Hükümlü <input type="checkbox"/>					
	Kamu <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/> Özürlü <input type="checkbox"/> Ödünç çalışan <input type="checkbox"/> Terör Mağduru <input type="checkbox"/> Stajyer-Çıracak <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>					
	Alt işverene ait çalışan <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 İş (Mesleği) :		Uyruğu (Yabancı ise ülke adı):			
	İşçinin 1. derece yakınının : Adı Soyadı		Açık Adresi			
İş kazası Halinde Doldurulacaktır	3	İş Kazasının Tarihi : .. / .. /	Kaza Gününde İşbaşı Saati :	İş Kazasının saati :		
	4	Kaza Anında Yaptığı İş :				
	5	Kazanın sebebi:	Kaza sonucu iş göremezliği Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> 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 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 <input type="checkbox"/>		Şahitlerin Adresi		
		Yok <input type="checkbox"/>				
	19	Şahitlerin Adı Soyadı :		Şahitlerin imzası :		
		Şahitlerin imzası :				
Meslek Hastalığı Halinde Doldurulacaktır	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:				
		Meslek Hastalığının Periyodik Muayene İle <input type="checkbox"/> Diğer <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 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 iş günü 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.

b) İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç üç iş günü içinde yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

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

d) 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, kazanın saati ve esas iş (mesleği) bölümleri seçildiğinde konu ile ilgili tablolar ekrana gelecektir. Ekrana gelen bu tablolardan seçim 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.



..... İLÇE MİLLİ EĞİTİM
MÜDÜRLÜĞÜ İŞYERİ
KAZA TUTANAĞI FORMLARI

Doküman No:	918.06.02
Doküman Tarih:	24/05/2016
Revizyon:	3
Sayfa:	.003

KAZA BİLGİLERİ (Okul -Kurum tarafından doldurulacak)

Kaza İl	
Kaza İlçe	
Kaza Tarihi	
Kaza İşyeri Adı Ünvanı(Okul/Kurum adı)	
Kaza işyeri adresi	
Kaza İşyeri Telefonu	
Birim Amiri İsmi(Müdür veya Müdür Baş Yrd)	
Kaza günü işbaşı saati	
Kaza günü iş çıkışı saati	
Kaza Tarihindeki çalışan sayısı	
Kazaya Sebep Olan Olay	
Kazaya Sebep Olan Araç / Gereç:	
İs Kazasının Gerçekleştiği Yer/ Bölüm:	
Kazaya Uğrayan Kisi Sayısı	
Kazayı Gören VAR/YOK	

KAZAYI GÖREN ŞAHİT-1

T.C KİMLİK NO	
ADI SOYADI	
GÖREVİ	
TELEFONU	
e-postası	
AÇIK ADRESİ	

KAZAYI GÖREN ŞAHİT-2

T.C KİMLİK NO	
ADI SOYADI	
GÖREVİ	
TELEFONU	
e-postası	
AÇIK ADRESİ	

KAZA GEÇİREN ÇALIŞANIN

ADI-SOYADI	
T.C KİMLİK NO	
SİGORTA SİCİL NO	
MEZUNİYET DURUMU	
BABA ADI	
DOĞUMYERİ	
DOĞUM TARİHİ	
GÖREVİ	
İŞE BAŞLAMA TARİHİ	
KAZA TARİH VE SAATİ	
KAZALININ İŞBAŞI SAATİ	
KAZALININ EV ADRESİ	
TELEFONU	
UZUV KAYBI(Vardır/ Yoktur)	

KAZALI YAKINININ (ANNE,BABA, EŞ ÇOCUK,AKRABA,KOMŞU v.b)

ADI SOYADI	
TC KİMLİK NO	
/TELEFONU	
ADRESİ	

İŞ KAZASI TUTANAGI

--

İŞVEREN/OKUL MÜDÜRÜ

KAZALI ÇALIŞAN

1. ŞAHİT

2. ŞAHİT

.....OKULU/KURUMU
KAZA YERİ FOTOĞRAFLARI

KAZA YERİ FOTOĞRAFI-1

KAZA YERİ FOTOĞRAFI-2

KAZA YERİ FOTOĞRAFI-3

KAZA YERİ FOTOĞRAFI-4

İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI / İŞ YERİ HEKİMİ RAPORU

EKLER:

- 1-Hastane sağlık raporu
- 2-Kolluk kuvveti tarafından yapılan tutanak

İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI



..... İLÇE MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ
İŞYERİ RAMAK KALA TUTANAĞI FORMLARI

1.BÖLÜM: OLAYI YAŞAYAN VEYA TANIKLIK EDEN KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULUR	BİLDİRİMİ YAPAN		OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ	
	ADI SOYADI	<input type="text"/>	TARİH	<input type="text"/> SAAT <input type="text"/>
	GÖREVİ	<input type="text"/>	BÖLÜM/YER	<input type="text"/>
	ÇALIŞTIĞI BÖLÜM	<input type="text"/>	MAKİNA	<input type="text"/>
OLAYIN AÇIKLAMASI VE İYİLEŞTİRME ÖNERİNİZ				
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----				
UCUZ ATLATMADIR		<input type="checkbox"/>	POTANSİYEL TEHLİKEDİR	
		<input type="checkbox"/>		
2.BÖLÜM: ISG ve ÇEVRE BÖLÜMÜ TARAFINDAN DOLDURULUR	OLAYIN NEDENLERİ			
	TEHLİKELİ DAVRANIŞLAR		GÜVENSİZ KOŞULLAR	
	----- ----- ----- -----		----- ----- ----- -----	
	ALINACAK ÖNLEMLER			
	NE YAPILMALI? / NASIL YAPILMALI?	İŞİN SORUMLUSU KİM OLACAK?	KİM YAPTI? / NE ZAMAN YAPTI?	
	----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----	
Bakım ve Mühendislik Onayı Gerekliyor mu?		EVET	<input type="checkbox"/>	HAYIR
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.BÖLÜM Bakım ve Müh. Yöneticisi Yorumu		----- ----- -----		
Bakım ve Müh. Ynt. Onayı		<input type="text"/>	TARİH <input type="text"/>	İMZA <input type="text"/>
İSG Uzman Onayı		<input type="text"/>	TARİH <input type="text"/>	İMZA <input type="text"/>
İşveren Ynt. Onayı		<input type="text"/>	TARİH <input type="text"/>	İMZA <input type="text"/>