**Bu form ramak kala olaya maruz kalan/ tanık olan çalışan tarafından doldurulacaktır.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ramak kala olayın meydana geldiği;** | |
| **Yer:** |  |
| **Birim:** |  |
| **Tarih:** |  |
| **Saat:** |  |
| **Ramak kala olaya maruz kalan/ tanık olan çalışanın;** | |
| **Adı- Soyadı:** |  |
| **Yaş - Cinsiyet** |  |
| **Çalıştığı Birim:** |  |
| **Görevi:** |  |
| **İmza:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Hayır** | **Evet** | **Açıklama** |
| **Ramak Kala Olay sonucu vücudunuzda herhangi bir yaralanma veya rahatsızlık meydana geldi mi?** |  |  |  |
| **Ramak Kala Olaya sizden başka tanık olan var mı?** |  |  |  |
| **Ramak Kala Olaydan sizden başka etkilenen var mı?** |  |  |  |
| **Ramak Kala Olay sonrası etkilenen makine/ ekipman/ mekan var mı?** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Ramak Kala olayın oluşma şekli ve sebebini kendi ifadelerinizle ayrıntılı açıklayınız:** |
|  |
| **Açıklamak istediğiniz diğer hususlar ve öneriler:** |
|  |

**Not:** Bu raporu en kısa sürede M.S.K.Ü. İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğüne ulaştırınız.