|  |
| --- |
| Bildiriyi verenin:  Adı Soyadı: İmza:  Birimi:  Tarih ……../………/20…….. Saat: ……:…… |
| Tehlikeyi anlatınız: |
| Önlem İçin Düşünce ve Öneriniz Var mı? |
| İSG Kurulunun Kararı: |
| Tarih: ……../………/20…..  Saat: ……:……  Üyelerin imzaları:  İşveren Temsilcisi İşyeri Hekimi İş Güvenliği Uzmanı    İnsan Kaynakları Sorumlusu Ustabaşı Baş Çalışan Temsilcisi    Çalışan Temsilcisi |
|  |