|  |
| --- |
| 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  |
|  |