

AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNE

İŞE GİRİŞ TALEP EDİLEN ŞAHSIN

ADI SOYADI

T.C KİMLİK NUMARASI

İŞYERİNDE YAPACAĞI GÖREVİN TAM TANIMI (AYRINTILI)

İŞ YERİNİN

TAM İSMİ

NACE REVİZYON KODU

ÇALIŞAN İŞÇİ SAYISI

Yukarıda isim,açık adres ve firma sahibi veya yetkili yöneticisinin imzası ve gerekli bilgiler bulunan **işyerimizde 50 kişinin altında işçi çalıştığını** ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 25.11.2009 Tarih ve 27417 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan İşçi Sağlığı Güvenliğine ilişkin tehlike sınıflar,tebliği ile 31.06.2012 tarih ve 28339 Sayılı Resmi Gazete yayınlanarak yürürlüğe giren 6331 Sayılı İş Sağlıkve Güvenliği Kanunu hükümlerince **işyerimizin Tehlike ve Çok Tehlikeli sınıflarda olmadığını,ayrıca kadrolu iş yeri hekiminizin herhangi bir ortak sağlık güvenlik birimi ile anlaşmamızın bulunmadığını,gerçeğe aykırı beyanda bulunmamız durumunda yukarıda belirtilen mevzuatlar kpsamında her türlü sorumluluk ve yükümlülüğün firmamıza ait olduğunu** beyan ve kabul ederiz.

FİRMA SAHİBİ VEYA YETKİLİ YÖNETİCİSİNİN İSİM,SOYİSİM,İMZASI VE İŞYERİ KAŞESİ

TARİH

Bu belge Aile Hekimliği biriminde muhafaza edilecek ve gerçeğe aykırı beyan tespiti halinde adli ve idari birimlere iletilecektir.