

GEÇİCİ GÖREVLENDİRME KAPSAMINDA GEREKLİ BELGELER TALİMATI

1. Amaç

İşletme sahasında geçici olarak çalışma yapacak tüm firmaların iş sağlığı ve güvenliği konusunda yasal mevzuatlar gereği geçici çalışmayla ilgili sorumluluklarının yerine getirilmesinin takibini yapmak.

2. Kapsam

Sigorta sicil kaydı işletme harici bir adreste bulunup, işletme sahasında çalışma yapacak olan tüm kişiler bu kapsama girmektedir.

3. Sorumluluk

Tüm firma sorumluları işletme sahasında geçici çalışma yapacak çalışanlarının ilgili dokümanlarını işletme [İSG Birimine](#) ulaştırmaktan sorumludur.

İşletme [İSG Birimi](#) dokümanların yasal gereklilikleri karşıladığının kontrolünden sorumludur.

4. Talimat detayı

İşletme sahasında çalışma yapacak firma çalışanları için aşağıdaki listede bulunan belgelerin çalışma başlamadan önce elden veya e-posta yoluyla işletme [İSG Birimine](#) ulaştırılması gereklidir. Bu kapsamında çalışacak olan kişilerin;

- 1) Sigortalı işe giriş bildirgesi,
- 2) Son ay sigortalı hizmet listesi,
- 3) İş sağlığı ve güvenliği temel eğitim katılım belgesi,
- 4) İşe giriş/periodyk muayene formu (Ek-2 belgesi),
- 5) Geçici görevlendirme belgesi
- 6) İş makinesi (varsa) periyodik kontrol raporu ve operatör olarak çalışacak kişinin operatörlük belgesi

İşletme [İSG Birimi](#) tarafından yasal gerekliliklere uygunluğu kontrol edilecektir.

Belgeler örnekleri ile birlikte bu talimatta açıklanmıştır.

GEÇİCİ GÖREVLENDİRME KAPSAMINDA GEREKLİ BELGELER TALİMATI

4.1. Sigortalı işe giriş bildirgesi

Çalışanın sigorta bilgilerinin bulunduğu belge.

**T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU**
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ
(4/1-a-b ve 506 SK GM 20 kapsamındaki sigortalılar için)
www.sgkrapor.com

Ek -4

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası/Yabancı Kimlik No)	BELGENİN MAHİYETİ	İlk ☐ Tekrar ☐	İşveren re'sen ☐ 1.defa re'sen ☐ 2.defa re'sen ☐	4/a ☐ 4/b ☐	Geçici 20.md ☐
A-SİGORTALININ KİMLİK / ADRES BİLGİLERİ					
1 Adı		NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER			
2 Soyadı					
3 İlk Soyadı					
4 Baba Adı					
5 Ana Adı					
6 Doğum Yeri		İKAMETGAH ADRESİ			
7 Doğum Tarihi					
8 Cinsiyeti	Erkek ☐ Kadın ☐				
9 Medeni Hali	Evli ☐ Bekar ☐				
10 Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı					
		12			

4.2. Sigortalı hizmet listesi

Çalışanın ilgili firmanın hizmet listesinde görüldüğü belge.

**T.C. ÇALIŞMA ve SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI**
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
SİGORTA PRİMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SİGORTALI HİZMET LİSTESİ -



İşyeri Sicil No	:	
İşyeri Ünvanı	:	
SGM(kod-ad)	:	
İşyeri Adresi	:	
Yıl - Ay	:	
Belge Çeşidi	:	
Mahiyet	:	
Kanun	:	
Onay Tarihi	:	

Sno	S.Güvenlik No	Adı	Soyadı	İlkSoyadı	Ücret TL	İkramiye TL	Gün	Eksik gün	Ggün	Çgün	EGN	İÇN	Meslek Kod
1													
2													
3													
4													
5													

GEÇİCİ GÖREVLENDİRME KAPSAMINDA GEREKLİ BELGELER TALİMATI

4.3. İş sağlığı ve güvenliği temel eğitim katılım belgesi

Çalışanın ilgili mevzuata belirtilen iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini aldığına dair işveren/işveren vekili ve eğitimi veren yetkili tarafından imzalı eğitim belgesi.



İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ TEMEL EĞİTİM KATILIM BELGESİ

KATILIMCININ ADI SOYADI :

KATILIMCININ GÖREV ÜNVANI :

Yukarıda adı geçen çalışanın Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik kapsamında verilen "İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerini başarı ile tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

ÇALIŞANIN EĞİTİM ALDIĞI İŞYERİ ÜNVANI :

EĞİTİM TARİHİ :

EĞİTİM SÜRESİ :

EĞİTİMİN ŞEKLİ (ÖRGÜN - UZAKTAN) :

EĞİTİCİ/EĞİTİCİLERİN ADI SOYADI :

EĞİTİCİ/EĞİTİCİLERİN GÖREV ÜNVANI :

EĞİTİCİ/EĞİTİCİLERİN İMZASI :

İŞVEREN/VEKİLİN ADI SOYADL. :

İŞVEREN/VEKİLİN İMZASI :

4.4. İşe giriş/periodyk muayene formu belgesi

Çalışanın yapacağı işe sağlık açısından uygun olduğunu gösterir işyeri Hekimi onaylı belge.

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU		EK-2	TIBBİ ANAMNEZ :	
İŞYERİNİN : Unvanı : S.G.K. Sicil No : Adresi : Tel No : Faks No : E-posta : İşe giriş/periodyk muayene olması kabul ettiğini ve muayene sırasında verdiğin bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim. Çalışanın Adı Soyadı İMZA ÇALIŞANIN : Adı ve Soyadı : T.C.K. mlik No : Doğum Yeri ve Tarihi : Cinsiyeti : Eğitim Durumu : Medeni Durumu : Fiy Adresi : Tel No : Mesleği : Yaptığı İş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) : Çalıştığı bölün : Daha önce çalıştığı yerler (Bağlıkların geçmişi doğru) : İlkole : 1. : 2. : 3. : Özgeçmişi : Kan grubu : Konjestif/kronik hastalık : Bağışıklama : - Tetanoz : - Hepatit : - Diğer : Soy geçmişi : Anne : Baba : Kardeş : Çocuk :		1. Aşağıdaki şikayetlerden herhangi birini yaşıyor musunuz? - Balgamlı öksürük : - Nefes darlığı : - Göğüs ağrısı : - Çarpıntı : - Sırt ağrısı : - İshal veya kabızlık : - Eklem/deride ağrı : Hayır Evet 2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için tedavisine konuldu mu? - Kalp hastalığı : - Seker hastalığı : - Böbrek rahatsızlığı : - Sarılık : - Mide veya on iki parmak ülseri : - İştah kaybı : - Ciltte kızamıkçık : - Sinir sistemi hastalığı : - Deri hastalığı : - Beslenme bozukluğu : Hayır Evet 3. Hastanede yattınız mı? Hayır Evet ise tarihi : 4. Ameliyat oldunuz mu? Hayır Evet ise nedeni ve oranı : 5. İş kazası geçirdiniz mi? Hayır Evet ise ne oldu? : 6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldu mu? Hayır Evet ise nedeni : 7. Mahalyet kullanırsınız mı? Hayır Evet ise nedeni ve oranı : 8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? Hayır Evet ise nedeni : 9. Sigara içiyor musunuz? Hayır Evet ise kaç yıl önce : 10. Alkol alıyordunuz mu? Hayır Evet ise kaç yıl önce : FİZİK MUAYENE SONUÇLARI : a) Duyu organları : - Göz : - Kulak-Burun-Böğaz :	c) Sindirim sistemi muayenesi. d) Urogenital sistem muayenesi. e) Kan-ışkelet sistemi muayenesi. f) Nörolojik muayene. g) Psikiyatrik muayene. h) Diğer : -TA : / mmHg -NB : / dk. -Bey : Kilo : Vücut Kitle İndeksi : LABORATUVAR BULGULARI : a) Biyokimya analizleri : - Kan : - İdrar : b) Radyolojik analizler : c) Fizyolojik analizler : - SFT : d) Diğer : KANAAT VE SONUÇ* : 1- içinde bedenem ve ruhen çalışmaya elverişlidir. 2- şartıyla çalışmaya elverişlidir. (**Yapılan muayene sonucunda çalışanın gece veya vardiyalı çalışmaya uygun olmadığına kanaat edilmişse, bu kanaatın gerekçesi ile vücut sağlığına ve bütünlüğüne zarar vermesi uygun alet seçimi vs. bakımının durdurulması çalışanın bu koşullarda çalışmaya elverişli olup olmadığı kanıtlanacaktır.)	

GEÇİCİ GÖREVLENDİRME KAPSAMINDA GEREKLİ BELGELER TALİMATI

4.5. Geçici görevlendirme belgesi

Sigortalı olduğu adres dışında çalışma yapacak olan firma personelinin işveren/işveren vekili ve kendisi tarafından imzalı belirtilen görevi kabul ettiğine dair belge.

GEÇİCİ GÖREVLENDİRME FORMU

Firma Unvanı: ABC Hizmetleri A.Ş.

Geçici Görevlendirilen Personelin:

Adı Soyadı	Yalçın Kaya
T.C. Kimlik Numarası	11111111111
Görevi	İş Güvenliği Uzmanı
Geçici Görev Yeri	Samsunport Samsun Uluslararası Liman İşletmeciliği A.Ş.
Geçici Görev Başlangıç Tarihi	08.01.2019
Geçici Görev Bitiş Tarihi	10.01.2019

Yukarıda belirtilen tarihler arasındaki geçici görevlendirmeyi kabul ediyorum. Geçici görevlendirildiğim çalışma alanı içindeki tüm iş sağlığı ve güvenliği kurallarına uyacağımı kabul ve taahhüt ediyorum.

Tarih: 08/01/2019

İmza:

Geçici Görevi Veren Yetkilinin:

Adı Soyadı	İşveren veya vekilinin adı soyadı
Görevi	İşveren / İşveren Vekili

Yukarıda bilgileri verilen personelimiz belirtilen tarihler arasında belirtilen yerde geçici olarak görevlendirilmiştir. Sigorta girişi şirketimiz bünyesindedir. Geçici görevlendirilen personel işe uygun kişisel koruyucu donanımlara sahip olup, geçici görev süresince gerekli olan her türlü iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tedbirleri tarafımızca alınacaktır.

Tarih: 08/01/2019

Kaşe İmza:

4.6. İş makinesi (varsa) periyodik kontrol raporu

İş makinesinin yılda bir yapılması gerekli olan periyodik kontrolüne dair muayene raporu.

TEST ÖLÇÜM VE MUAYENE HİZ. TİC. LTD. ŞTİ.

MOBİL VİNÇ
PERİYODİK KONTROL RAPORU



1. GENEL BİLGİLER					
Rapor No	Muayene Tarihi ve Saati	Rapor Tarihi	Gelecek Muayene Tarihi	Ekipman Seri No / Kod	
G-M-25-AK-3059	13.03.2025 10:30 - 11:00	13.03.2025	13.03.2026	34 00 17 3279	
2. KONTROL TALEP EDEN KURULUŞ BİLGİLERİ					
Ünvanı	CEYPORT TEKİRDAĞ ULUSLARARASI LİMAN İŞLETMELİĞİ A.Ş. - Ceyport TEKİRDAĞ				
Adresi	VATAN MAHALLESİ BARBAROS CADDE NO:9/1 SÜLEYMANPAŞA / TEKİRDAĞ		Muayene Adresi	VATAN MAHALLESİ BARBAROS CADDE NO:9/1 SÜLEYMANPAŞA / TEKİRDAĞ	
Telefon	0282 261 08 00		E-Posta	burak.unaldi@ceyporttekirdag.com.tr, s.karacan@kmdenizcilik.com	
Söleşme ID	19248999		SGK Sicil No	25222010111261470591196000	
3. KONTROL EKİPMANLARI					
Cihaz	Marka	Seri No	İzlenebilirlik	Kalibrasyon Tarihi	
ŞERİT METRE	PISCO	...	sm	11.10.2024	
KUMPAZ	INGIZ	X2906193626	3MS	17.04.2024	
4. KONTROL METODU					