

SAMSUNPORT LİMANI GEÇİCİ GÖREVLENDİRME KAPSAMINDA GEREKLİ BELGELER TALİMATI

1. AMAÇ

Samsunport liman 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 liman harici bir adreste bulunup liman sahasında çalışma yapacak olan tüm kişiler bu kapsama girmektedir.

3. SORUMLULUK

Tüm firma sorumluları liman sahasında geçici çalışma yapacak çalışanlarının ilgili dokümanlarını Samsunport İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine ulaştırmaktan sorumludur.

Samsunport İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi dokümanların yasal gereklilikleri karşıladığının kontrolünden sorumludur.

4. TALİMAT DETAYI

Samsunport Samsun Uluslararası Liman İşletmeciliği A.Ş. ünvanlı firmamız sahasında çalışma yapacak firma çalışanları için aşağıdaki listede bulunan belgelerin çalışma başlamadan önce firmamıza ulaştırılması gereklidir. Bu kapsamında çalışacak olan kişilerin;

- Son ay sigortalı hizmet listesi,
- Geçici görevlendirme belgesi,
- İş sağlığı ve güvenliği temel eğitim katılım belgesi,
- İşe giriş/periodyk muayene formu Ek-2 belgesi,

Samsunport İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi tarafından yasal gerekliliklere uygunluğu kontrol edilecektir.

4.1. SİGORTALI HİZMET LİSTESİ

Çalışacak olan kişinin ilgili firmada sigortalı olduğunu dair belge.

4.2. GEÇİCİ GÖREVLENDİRME BELGESİ

Geçici çalışma yapacak olan firma personelinin işveren/işveren vekili ve kendisi tarafından imzalı bu görevi kabul ettiğine dair belge.

4.3. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ TEMEL EĞİTİM KATILIM BELGESİ



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

4.4. İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMUNUN EK-2 BELGESİ

Personelin yapacağı işe sağlık açısından uygun olduğunu gösterir İşyeri Hekimi onaylı belge.

5. ÖRNEK BELGELER

Sigortalı Hizmet Listesi;

 SGK @bildirge@ www.sgk.gov.tr	T.C. ÇALIŞMA ve SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI SİGORTA PRİMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SIGORTALI HİZMET LİSTESİ - [REDACTED]	
İşyeri Sicil No	:	[REDACTED]
İşyeri Ünvanı	:	[REDACTED]
SGM(kod-ad)	:	[REDACTED]
İşyeri Adresi	:	[REDACTED]
Yıl - Ay	:	[REDACTED]
Belge Çeşidi	:	[REDACTED]
Mahiyet	:	[REDACTED]
Kanun	:	[REDACTED]
Onay Tarihi	:	[REDACTED]

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

İş Sağlığı Ve Güvenliği Temel Eğitim Katılım 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	:	İŞVEREN/VEKİLİN ADI SOYADI:
EĞİTİMİN ŞEKLİ (ÖRGÜN - UZAKTAN)	:	İŞVEREN/VEKİLİN İMZASI :
EĞİTİCİ/EĞİTİCİLERİN ADI SOYADI	:	
EĞİTİCİ/EĞİTİCİLERİN GÖREV ÜNVANI	:	
EĞİTİCİ/EĞİTİCİLERİN İMZASI	:	

İşe Giriş/Periyodik Muayene Formunun Ek-2 Belgesi;

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU		EK-2	TIBBİ ANAMNEZ :	
İŞYERİNİN : Unvanı: SGK Sicil No: Adresi: Tel No: Faks No: E-posta:		1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşıyor musunuz? Hayır Evet - Balgamlı öksürük - Nefes darlığı - Göğüs ağrısı - Çarpıntı - Sırt ağrısı - İshal veya kabızlık - Eklemlerde ağrı 2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu? Hayır Evet - Kalp hastalığı - Şeker hastalığı - Böbrek rahatsızlığı - Sarılık - Mide veya on iki parmak ülseri - İştihâ kaybı - Görme bozukluğu - Sinir sistemi hastalığı - Deri hastalığı - Besin zehirlenmesi 3. Hastanede yatmış mısınız? Hayır Evet ise tarihi: 4. Ameliyat oldunuz mu? Hayır Evet ise nedeni: 5. İş kazası geçirdiniz mi? Hayır Evet ise ne oldu? 6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldu musunuz? Hayır Evet ise sonuç: 7. Maluliyet aldınız mı? Hayır Evet ise nedeni ve oranı: 8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? Hayır Evet ise nedir? 9. Sigara içiyor musunuz? Hayır Bırakmışay/yıl önceay/yıl içmişadet/gün içmiş Evetyıldıradet/gün 10. Alkol alıyor musunuz? Hayır Bırakmışyıl önceyıl içmişsıklıkla içmiş Evetyıldırsıklıkla		c) Sindirim sistemi muayenesi. d) Urogenital sistem muayenesi. e) Kas-iskelet sistemi muayenesi. f) Nörolojik muayene. g) Psikiyatrik muayene. ğ) Diğer. -TA: / mmHg -Nb: / dk. -Boy: Kilo: Vücut Kütle İndeksi:
İşe giriş/periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim. Çalışanın Adı Soyadı İMZA		*Yapılan muayene sonucunda çalışanın gece veya vardiyalı çalışma koşullarında çalışıp çalışmayacağı ile vücut sağlığını ve bütünlüğünü tamamlayıcı uygun alet teçhizat vs... bulunması durumunda çalışan için bu koşullarla çalışmaya elverişli olup olmadığı kanaati belirtilecektir.		
ÇALIŞANIN : Adı ve Soyadı: T.C. Kimlik No: Doğum Yeri ve Tarihi: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Çocuk Sayısı: Ev Adresi: Tel No: Mesleği: Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır): Çalıştığı bölüm: Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru): İşkolu: Yaptığı iş: Giriş-çıkış tarihi: 1. 2. 3.		LABORATUVAR BULGULARI : a) Biyolojik analizler. - Kan - İdrar b) Radyolojik analizler. c) Fizyolojik analizler. - Odyometre - SFT ç) Psikolojik testler. d) Diğer. KANAAT VE SONUÇ* : 1-işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir. 2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.		
Özgeçmiş : Kan grubu: Konjenital/Kronik hastalık: Bağışıklama: - Tetanoz: - Hepatit: - Diğer:		FİZİK MUAYENE SONUÇLARI : a) Duyu organları. - Göz - Kulak-Burun-Buğaz		
Soy geçmişi: Anne : Baba : Kardeş : Çocuk:				

Geçici Görevlendirme Belgesi;

GEÇİCİ GÖREVLENDİRME FORMU

Firma Unvanı: ABC Hizmetleri A.Ş.

Geçici Görevlendirilen Personelinin:

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: