EK-1

İSGB VE OSGB'LERDE BULUNACAK ASGARİ MALZEME LİSTESİ

a) Steteskop,
b) Tansiyon aleti,
c) Otoskop,
ç) Oftalmoskop,
d) Termometre,
e) Işık kaynağı,
f) Küçük cerrahi seti,
g) Paravan, perde v.b,
ğ) Muayene masası,
h) Refleks çekici,
ı) Tartı aleti,
i) Boy ölçer,
j) Pansuman seti,
k) Dil basacağı, enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri,
l) Keskin atık kabı,
m) Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir),
n) Seyyar lamba,
o) Buzdolabı,
ö) İlaç ve malzeme dolabı,
p) EKG cihazı
r) Negatoskop
s)Tekerlekli sandalye,
ş) 15/2/2008 tarihli ve 26788 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğe göre bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilaçlar, aşılar ve antiserumlar.

Not 1: Birden fazla işyeri hekiminin bir arada çalıştığı birimlerde, yukarıdaki tıbbi cihaz ve malzemelerden (a)'dan (h) bendine kadar (h bendi dahil) olanlar her işyeri hekimi için ayrı ayrı bulundurulur.
Not 2: Birimler, tıbbi atıklar ve çöpler için 22/7/2005 tarihli ve 25883 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirleri alır.

EK-2
ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ YETKİ BELGESİ

T.C. ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih : ../../….
Belge No : ….

ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ YETKİ BELGESİ

Unvan ve Adresi: **……**
……

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğinde belirtilen nitelikleri haiz olduğundan Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi olarak faaliyet göstermeye hak kazanmıştır.

……
Bakan a.
Genel Müdür

EK-3
OSGB İLE İŞYERİ ARASINDAKİ HİZMET SÖZLEŞMESİ

OSGB:
Unvanı:
Yetki Belgesi Tarih ve No:
Adresi:
SGK Sicil No:
Vergi Dairesi/Sicil No:
Tel No: Faks No: E-posta:
İşyerine verilecek iş güvenliği uzmanlığı hizmet süresi: (saat/ay)
İşyerine verilecek işyeri hekimliği hizmet süresi: (saat/ay)
İşyerine verilecek diğer sağlık personelinin hizmet süresi: (saat/ay)

Hizmet alan işyerinin:
Unvanı:
Adresi:
SGK Sicil No:
Vergi Dairesi/Sicil No:
Tel No: Faks No: E-posta:
Tehlike sınıfı: Çalışan sayısı: Faaliyet alanı:

Hizmet verecek iş güvenliği uzmanının:
Adı ve Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Mesleği:
Diploma Tarih ve No:
Belge sınıfı Tarih ve No:

Hizmet verecek işyeri hekiminin:
Adı ve Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Diploma Tarih ve No:
Belge Tarih ve No:

Hizmet verecek diğer sağlık personelinin:
Adı ve Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Mesleği:
Diploma Tarih ve No:
Belge Tarih ve No:

İş bu sözleşme 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hükümlerine göre müştereken imzalanmıştır.

Tarih ….…./….

İş Güv. Uzm.	**Diğer Sağlık Personeli**	**İşyeri Hekimi**
İmza	**İmza**	**İmza**

OSGB	**İşveren**
İmza	**İmza**

EK-4a

İŞYERİ HEKİMLİĞİ ÇALIŞMA SÖZLEŞMESİ/GÖREVLENDİRMESİ

İşyerinin :
Unvanı:
Adresi:

Tel No: Faks No: E-posta:
SGK Sicil No:

Faaliyet alanı:
Tehlike sınıfı: Çalışan sayısı:

İşyeri Hekiminin :
Adı ve Soyadı:
T.C. Kimlik No:
SGK Sicil No:
Diploma Tarih ve No:
Belge Tarih ve No:
Hizmet vereceği süre (Saat/Ay):
Adresi:

Tel No: Faks No: E-posta:

İşyeri Hekimliği Yaptığı Diğer İşyerlerinin:
(Bu sözleşme döneminde varsa çalışılan işyerleri yazılacaktır.)
Unvanı:
Adresi:
Faaliyet alanı:
Tehlike sınıfı:
Çalışan sayısı:
SGK Sicil No:
Çalışma Süresi (Saat/Ay):

İşyeri Hekimliği Dışındaki Çalıştığı İşler/İşyerleri:
(Bu sözleşme döneminde varsa çalışılan işyerleri yazılacaktır.)
Unvanı:
Adresi:
Faaliyet alanı:
SGK Sicil No:
Çalışma Süresi (Saat/Ay):

Tarih

İşyeri Hekimi
İmza

İşveren/İşv. Vek.
İmza - Kaşe

EK-4b

İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLIĞI ÇALIŞMA SÖZLEŞMESİ/GÖREVLENDİRMESİ

İşyerinin :
Unvanı:
Adresi:

Tel No: Faks No: E-posta:
SGK Sicil No:

Faaliyet alanı:
Tehlike sınıfı: Toplam çalışan sayısı:

İş Güvenliği Uzmanının:
Adı ve Soyadı:
T.C. Kimlik No:
SGK Sicil No:
Diploma Tarih ve No:
Belge Sınıfı-Tarih ve No:
Hizmet vereceği süre (Saat/Ay):
Adresi:

Tel No: Faks No: E-posta:

İş Güvenliği Uzmanlığı Yaptığı Diğer İşyerlerinin:
(Bu sözleşme döneminde varsa çalışılan işyerleri yazılacaktır.)
Unvanı:
Adresi:
Faaliyet alanı:
Tehlike sınıfı:
Çalışan sayısı:
SGK Sicil No:
Çalışma Süresi (Saat/Ay):

İş Güvenliği Uzmanlığı Dışındaki Çalıştığı İşler/İşyerleri:
(Bu sözleşme döneminde varsa çalışılan işyerleri yazılacaktır.)
Unvanı:
Adresi:
Faaliyet alanı:
SGK Sicil No:
Çalışma Süresi (Saat/Ay):

Tarih

İş Güvenliği Uzmanı
İmza

İşveren/İşv. Vek.
İmza - Kaşe

EK-4c

DİĞER SAĞLIK PERSONELİ ÇALIŞMA SÖZLEŞMESİ/GÖREVLENDİRMESİ

İşyerinin :
Unvanı:
Adresi:

Tel No: Faks No: E-posta:
SGK Sicil No:

Faaliyet alanı:
Tehlike sınıfı: Toplam çalışan sayısı:

Diğer Sağlık Personelinin :
Adı ve Soyadı:
T.C. Kimlik No:
SGK Sicil No:
Diploma Tarih ve No:
Belge Tarih ve No:
Hizmet vereceği süre (Saat/Ay):
Adresi:

Tel No: Faks No: E-posta:

Diğer Sağlık Personeli Olarak Hizmet Verdiği Diğer İşyerlerinin:
(Bu sözleşme döneminde varsa çalışılan işyerleri yazılacaktır.)
Unvanı:
Adresi:
Faaliyet alanı:
Tehlike sınıfı:
Çalışan sayısı:
SGK Sicil No:
Çalışma Süresi (Saat/Ay):

Diğer Sağlık Personeli Hizmeti Vermeden Çalıştığı İşler/İşyerleri:
(Bu sözleşme döneminde varsa çalışılan işyerleri yazılacaktır.)
Unvanı:
Adresi:
Faaliyet alanı:
SGK Sicil No:
Çalışma Süresi (Saat/Ay):

Tarih

Diğer Sağlık Personeli
İmza

İşveren/İşv.Vek.
İmza – Kaşe

EK-5a

KAMU PERSONELİNİN GÖREVLENDİRİLMESİ

T.C.
…….

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili yönetmeliklerden doğan yükümlülükler kapsamında ……..(Görevli olduğu birim)' de görev yapan …… T.C. kimlik numaralı ……..' ın aşağıda bilgileri yazılı olan biriminde ……. olarak ..... makamının ……tarih, …….. sayılı oluru ile görevlendirilmiştir.

Birim Amiri
Adı Soyadı
İmza

İŞYERİ HEKİMİNİN	
Adı ve Soyadı	
T.C Kimlik Numarası	
Sicil Numarası	
Sertifika Tarihi	
Sertifika Numarası	
İletişim Bilgileri **(İkamet, e-posta adresleri, ev, iş, cep telefonu numarası)**	
İmza	
ÇALIŞTIĞI KURUMUN	
Unvanı	
Adresi	
İŞYERİ HEKİMİ OLARAK GÖREVLENDİRİLDİĞİ KURUMUN **(Her bir Kurum için ayrı ayrı doldurulacaktır.)**	
Unvanı	
Adresi	
SGK Sicil Numarası	
Tehlike Sınıfı	
Çalışan Sayısı	
Görevlendirildiği Süre **(Saat/Ay)**	

EK-5b

KAMU PERSONELİNİN GÖREVLENDİRİLMESİ

T.C.
…….

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili yönetmeliklerden doğan yükümlülükler kapsamında ……..(Görevli olduğu birim)' de görev yapan …… T.C. kimlik numaralı ……..' ın aşağıda bilgileri yazılı olan biriminde ……. olarak ..... makamının ……tarih, …….. sayılı oluru ile görevlendirilmiştir.

Birim Amiri
Adı Soyadı
İmza

İŞ GÜVENLİĞİ UZMANININ	
Adı ve Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Sicil Numarası	
Sertifika Sınıfı / Tarihi	
Sertifika Numarası	
Mesleği	
İletişim Bilgileri (İkamet, e-posta adresleri, ev, iş, cep telefonu numarası)	
İmza	
ÇALIŞTIĞI KURUMUN	
Unvanı	
Adresi	
İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI OLARAK GÖREVLENDİRİLDİĞİ KURUMUN (Her bir Kurum için ayrı ayrı doldurulacaktır.)	
Unvanı	
Adresi	
SGK Sicil Numarası	
Tehlike Sınıfı	
Çalışan Sayısı	
Görevlendirildiği Süre (Saat/Ay)	

EK-5c

KAMU PERSONELİNİN GÖREVLENDİRİLMESİ

T.C.
…….

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili yönetmeliklerden doğan yükümlülükler kapsamında ……..(Görevli olduğu birim)' de görev yapan …… T.C. kimlik numaralı ……..' ın aşağıda bilgileri yazılı olan biriminde ……. olarak ..... makamının ……tarih, …….. sayılı oluru ile görevlendirilmiştir.

Birim Amiri
Adı Soyadı
İmza

DİĞER SAĞLIK PERSONELİNİN	
Adı ve Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Sicil Numarası	
Sertifika Tarihi	
Sertifika Numarası	
Mesleği/Yaptığı görev	
İletişim Bilgileri (İkamet, e-posta adresleri, ev, iş, cep telefonu numarası)	
İmza	
ÇALIŞTIĞI KURUMUN	
Unvanı	
Adresi	
DİĞER SAĞLIK PERSONELİ OLARAK GÖREVLENDİRİLDİĞİ KURUMUN (Her bir Kurum için ayrı ayrı doldurulacaktır.)	
Unvanı	
Adresi	
SGK Sicil Numarası	
Tehlike Sınıfı	
Çalışan Sayısı	
Görevlendirildiği Süre (Saat/Ay)	

EK-6

İŞVERENİN KENDİ İŞYERİNDE YAPACAĞI ÇALIŞMA TAAHHÜTNAMESİ

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili yönetmeliklerden doğan yükümlülükler kapsamında bilgileri aşağıda mevcut bulunan …….. SGK Sicil numaralı ve …….unvanlı işyerimde işveren olmamın yanında aynı zamanda aşağıda belirtilen görevi de ifa edeceğimi beyan ve taahhüt ederim.

Üstlenilen görev:
☐ **İşyeri hekimliği** ☐ **İş güvenliği uzmanlığı** ☐ **Diğer sağlık personeli**

İşverenin:
Adı ve Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Mesleği / Diploma Tarih ve No:
Belge Tarih ve No:
Sertifika sınıfı:
İkamet Adresi:
Tel No: Faks No: E-posta:

İşyerinin:
Unvanı:
Adresi:
Tel No:
Faks No:
E-posta:
Vergi No:
Vergi Dairesi:
Faaliyet alanı:
SGK Sicil No:
Çalışan sayısı:
Çalışma Süresi (Saat/Ay):

Çalıştığım İşler/İşyerleri:
(Çalışılan her işyeri için ayrı ayrı yazılacaktır.)
Unvanı:
Adresi:
Faaliyet alanı:
SGK Sicil No:
Çalışma Süresi (Saat/Ay):

Tarih

İşveren
İmza - Kaşe

EK-7
ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMLERİ VE SORUMLU MÜDÜRLER İÇİN İHTAR TABLOSU

Sıra No.	İhlalin Adı	İhlalin Derecesi	İhtar Puanı
1	Yetki alınan yer ve donanım ile ilgili belirtilen şartlara uygunluğunun devamının sağlanmaması	Hafif	10
2	19 uncu maddenin ikinci fıkrasının ihlali durumunda aykırılık başına	Hafif	10
3	Ek-8'de yer alan tabela haricinde Bakanlık logosunun veya unvanının kullanılması	Hafif	10
4	Yerleşim planında onay alınmadan değişiklik yapılması	Hafif	15
5	Hizmet verilen işyerlerine dair sözleşmeler ile personel sözleşmelerin ve bunların feshinin zamanında bildirilmemesi durumunda aykırılık başına	Hafif	15
6	Sorumlu müdürün ayrılmasına rağmen 15 iş günü içinde yeni sorumlu müdür görevlendirilmemesi	Hafif	15
7	OSGB'lerin görev, yetki ve sorumlulukları olarak belirtilen hususlara aykırılık durumunda her bir aykırılık başına	Hafif	15
8	Sorumlu müdürün görev, yetki ve sorumlulukları olarak belirtilen hususlara aykırılık durumunda sorumlu müdüre aykırılık başına	Hafif	15
9	Tabela, basılı evrak veya elektronik yazışmalarda yetki belgesinde belirtilen isim veya unvandan farklı isim veya unvan kullanılması	Orta	20
10	Hizmet verilen işyerine zorunlu haller dışında, aynı işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personelinin hizmet vermesinin sağlanmaması durumunda aykırılık başına	Orta	20
11	Sözleşme yapılan işyerlerine ve OSGB personeline ilişkin kayıtların eksik tutulması veya tutulmaması durumunda her bir işyeri ve personel başına	Orta	30
12	Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ve bilgilendirilmeleri konusunda planlama yapılmaması durumunda her bir işyeri için	Orta	30
13	Ek-8'deki örneğine uygun tabela düzenlemesinin yapılmaması	Orta	30
14	Hizmet sözleşmesi süresi sonunda elinde bulundurduğu kayıt ve dosyaların ilgili işverene teslim edilmemesi durumunda işyeri başına	Orta	30
15	Hizmet verilen işyerinin çalışan sayısına ve tehlike sınıfına uygun sürelerde iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personeli çalışmasının sağlanmaması	Orta	30
16	Henüz onaylanmamış sözleşmelerle hizmet verilmesi durumunda aykırılık başına	Orta	30
17	Çalışma saatleri içerisinde OSGB'nin kapalı olması	Orta	30
18	Tam süreli iş sözleşmesiyle istihdam edilmesi gereken kişilerin ayrılmasına rağmen 30 gün içinde yenilerinin görevlendirilmemesi durumunda kişi başına	Orta	30
19	Reddedilmiş sözleşmelerle hizmet verilmesi	Ağır	40
20	Yetki aldığı mekânda Bakanlıkça yetki veya izin verilmemiş faaliyette bulunulması	Ağır	40
21	Kontrol ve denetimlere engel olunması	Ağır	50
22	Kontrol ve denetimlerde istenen bilgi ve belgelerin verilmemesi veya görevin tamamlanmasına engel olunması	Ağır	50

EK-8
TABELA

T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

ÖZEL

"ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ UNVANI"

ORTAK SAĞLIK VE GÜVENLİK BİRİMİ