

İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLIĞI ÇALIŞMA SÖZLEŞMESİ

İşyerinin:

Unvanı:

Adresi:

Tel No:

Faks No:

E-posta:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No:

Faaliyet alanı:

Tehlike sınıfı:

Toplam işçi sayısı:

İş Güvenliği Uzmanının:

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik No:

SGK Sicil No:

Mesleği:

Diploma Tarih ve No:

Belge sınıfı Tarih ve No:

Hizmet vereceği süre:

Adres:

Tel No:

Faks No:

E-posta:

Çalıştığı diğer işyerlerinin:

Unvanı:

Adresi:

Tehlike sınıfı:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No:

Tarih

**İş Güvenliği Uzmanı
İmza**

**İşveren
İmza**