**KOP SATUAN**

FORMULIR A

Kota , bulan tahun

Nomor : B / / / 20…

Klasifikasi : Biasa

Lampiran : ..... lembar

Perihal : Laporan Kejadian Kecelakaan Kerja

.........................................

.........................................

........................................ Kepada

Yth. Dirut PT ASABRI (Persero)

Jl. Mayjen Sutoyo No.11

Jakarta Timur, 13630

No. Telp (021) 8094140

No. Fax (021) 8012313

Up. Kepala Divisi Pelayanan

1. Dengan ini dilaporkan bahwa telah terjadi kecelakaan Kerja karena Dinas pada tanggal .................................... pukul ....................... atas :

Nama :

Pangkat/Gol :

NRP/NIP :

No. KTPA :

Kesatuan :

Alamat :

1. Berita Acara Kejadian Kecelakaan Kerja tersebut disampaikan sebagaimana terlampir.
2. Demikian mohon menjadi periksa dan penyelesaian lebih lanjut.

|  |  |
| --- | --- |
| Tembusan:   1. Komando Atas 2. Rumah Sakit 3. Jasa Raharja (khusus Lalin) 4. Kancab/KCP PT ASABRI (Persero) | Komandan Satuan,  Nama  Pangkat/Korps/NRP |

FORMULIR B

KOP SATUAN

**LAPORAN KEJADIAN KECELAKAAN KERJA**

Nomor LKKK/............/.../20…

1. **YANG MELAPORKAN**
2. Nama Lengkap : ....................................................................................
3. Tempat/Tanggal Lahir : ....................................................................................
4. Pekerjaan : ....................................................................................
5. Kesatuan/Instansi : ....................................................................................
6. Alamat tempat tinggal sesuai KTP : ....................................................................................
7. NomorTelp/HP/ E-mail : ....................................................................................
8. **PERISTIWA YANG DILAPORKAN**
9. Waktu Kejadian : ....................................................................................
10. Tempat Kejadian : .....................................................................................
11. Apa Yang Terjadi : .....................................................................................
12. Identitas Korban : ....................................................................................
13. Nama Lengkap : ....................................................................................
14. Tempat/Tanggal Lahir : ....................................................................................
15. Pekerjaan : ....................................................................................
16. Kesatuan/Instansi : ....................................................................................
17. Alamat tempat tinggal sesuai KTP : ....................................................................................
18. NomorTelp/HP/ E-mail : ....................................................................................
19. Waktu saat dilaporkan : ....................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **KRONOLOGIS KEJADIAN** | : -----Pada hari, tanggal, dan jam kejadian tersebut diatas, pelapor dan petugas lainnya telah melakukan pemeriksaan di Tempat Kejadian perkara (TKP)  -----Dalam kasus kecelakaan lalu lintas dijelaskan tujuan korban pergi dari mana kemana.  -----Demikianlah kronologis kejadian kecelakaan kerja ini dibuat dengan sebenarnya. |
| 1. **TINDAKAN YANG DIAMBIL** | : Korban telah dibawa ke Rumah Sakit …………. , dengan menggunakan …………………. |
| 1. **BUKTI-BUKTI** | : Foto Kondisi Korban dan lokasi kejadian |
| 1. **ALAMAT DAN NOMOR TELEPON KESATUAN KORBAN** |  |

Mengetahui,

Komandan Satuan

Nama

Pangkat NRP

Kota, Tanggal – Bulan – Tahun

Pemeriksa

Nama

Pangkat NRP