

Görev Unvanı	Sivil Savunma Amiri
Birim	Sivil Savunma ve Afet Yönetimi
Üst Yöneticisi	Hastane Direktörü / Genel Direktör
Altında Bağlı Personel	Acil Durum ve Sivil Savunma Ekipleri
Görevin Tanımı	Sivil Savunma Amiri; hastanede afet, acil durum ve sivil savunma faaliyetlerinin planlanması, uygulanması ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasından sorumlu olup, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) kapsamında koordinasyonu yürütür.
Görev, Yetki ve Sorumluluklar	1. Hastanenin Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nı (HAP) hazırlar, günceller ve uygulanmasını sağlar. 2. Deprem, yangın, sel, sabotaj ve benzeri afet ve acil durumlara yönelik hazırlıkları yürütür. 3. Sivil savunma ve afet ekiplerinin oluşturulmasını, görevlendirilmesini ve eğitimlerini sağlar. 4. Acil durum tatbikatlarının planlanmasını ve uygulanmasını koordine eder. 5. Afet ve acil durumlarda görev alacak personelin görev dağılımını belirler. 6. Yangın, tahliye ve kurtarma planlarının hazırlanmasını ve güncel tutulmasını sağlar. 7. Afet ve acil durum ekipmanlarının kontrolünü ve hazır bulundurulmasını sağlar. 8. Afet ve acil durum anında komuta ve koordinasyonu sağlar. 9. Resmi kurumlar (AFAD, itfaiye, emniyet, 112 vb.) ile koordinasyonu yürütür. 10. Afet sonrası değerlendirme ve raporlama çalışmalarını yapar. 11. Sivil savunma ve afet yönetimi ile ilgili mevzuatı takip eder. 12. Denetimlerde sivil savunma ve afet yönetimi ile ilgili bilgi ve belgeleri hazırlar. 13- Sivil savunma ve afet yönetimi süreçlerine ilişkin kalite göstergelerine ait verileri belirlenen periyotlarda Kalite Birimine teslim eder. 14- HAP Kurulu, Sivil Savunma ve ilgili ekip toplantılarına katılımı zorunludur.
Çatışma Halinde	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin görev ve yetki çatışmalarında konu üst amire bildirilir.
Vekâlet Durumu	Sivil Savunma Amirinin bulunmadığı durumlarda üst yönetim tarafından görevlendirilen kişi vekâlet eder.



ÖZEL MEGAPOINT HASTANESİ
SİVİL SAVUNMA AMİRİ
GÖREV TANIMI

Doküman Kodu	İK.GT.107
Yayın Tarihi	15.02.2025
Rev. Tarihi	28.01.2026
Rev.No	01
Sayfa No	1/2

PERSONEL BEYANI

Yukarıda belirtilen görev tanımını okudum,anladım ve görev sürem boyunca belirtilen görev,yetki ve sorumluluklara uygun şekilde çalışacağımı kabul ve beyan ederim.

Personel;

Adı Soyadı:

Görevi :

İmza:

Tarih:

ONAY

Hazırlayan :

Kontrol Eden:

Onaylayan :

Hastane Direktörü

İnsan Kaynakları

Kalite ve Eğitim Müdürü