**HİDROLİK LABORATUVARI**

**Laboratuvar İş Sağlığı ve Güvenliği Beyan Formu**

Ben ve çalışma ekibim KTÜ Of Teknoloji Fakültesi İnşaat Mühendisliği Bölümü Hidrolik Laboratuvarı’nda aşağıda belirtilen konudaki deneysel çalışmada **‘‘6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları”** okuduğumu, bu kurallara ve ayrıca laboratuvar yönetimi tarafından bildirilen özel kurallarauyacağımı; ilgili kişisel koruyucu malzemeleri temin ettiğimi ve laboratuvardaki çalışmalarım süresince kullanacağımı; doğabilecek olumsuz durumlarda tüm sorumluluğun şahsıma ait olduğunu ve laboratuvarı **mesai saatleri içinde/dışında** aşağıda belirtilen gün ve saatler içerisinde kullanacağımı beyan ederim.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: |  | | | | | | |
| TC Kimlik No: |  | | | | | | |
| Ünvanı: |  | | |  | | | |
| Bölümü: |  | | | | | | |
| Telefon No: |  | | E-posta: | |  | | |
| Deneysel Çalışma Konusu: | |  | | | | | |
| Danışman  Ünvan, Adı-Soyadı:  *(Varsa)* | |  | | | | | Danışman imzası: |
|  |
| Çalışma gün ve saatleri: | | **☐** Mesai saatleri içinde | | | | ☐ Mesai saatleri dışında | |
|  | | | |  | |
| Birlikte çalışacağı kişi/ler: | |  | | | | | |
| Varsa *panik atak, anksiyete, yüksek ve düşük tansiyon, epilepsi (sara), astım vb. özel sağlık sorunlarınızı belirtiniz.* | |  | | | | | |

Tarih: İmza:

**Dr. Öğr. Üyesi Nurcan ÖZTÜRK Prof. Dr. Umut TOPAL**

**Laboratuvar Sorumlusu Bölüm Başkanı**

*imza imza*

*\* Mesai saatleri dışında laboratuvarda yalnız çalışmak yasaktır. Mutlaka eşlik edecek kişi/ler bildirilmelidir.*