Ben ve çalışma ekibim Sivas Bilim ve Teknoloji Üniversitesi ……………………… Fakültesi ………………………….. Bölümü Laboratuvarları’nda aşağıda belirtilen konudaki deneysel çalışmalarda **“6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları**” adlı kanunu okuduğumu, bu kurallara ve ayrıca laboratuvar yönetimi tarafından bildirilen özel kurallara uyacağımı; 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 eder, kurallara uymamam nedeni ile tarafımdan kaynaklanabilecek iş kazası olması durumunda, hiçbir hak iddia etmeyeceğimi ve tüm yasal yükümlülükleri kabul edeceğimi taahhüt ederim.

 **Tarih:** **İmza:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı: |  |
| TC / Yabancı Kimlik No: |  |
| Ünvanı / Görevi: |  |  |
| Bölümü: |  |
| Telefon No: |  | E-posta: |  |
| Deneysel Çalışma Konusu: |  |
| Aktif Kullanılacak Laboratuvar |  |
| Danışman Ünvan, Adı-Soyadı: |  | Danışman imzası: |
| *(Varsa)* |  |  |  |
| Çalışma gün ve saatleri: | Mesai saatleri içinde |  | Mesai saatleri dışında |
| Hafta içi : |  | Hafta içi : |
|  | Hafta sonu : |
| Birlikte çalışacağı kişi/ler: |  |
| Varsa | *panik* | *atak,* | *anksiyete,* |  |
| *yüksek* | *ve* | *düşük* | *tansiyon,* |
| *epilepsi (sara), astım vb. özel* |
| *sağlık sorunlarınızı belirtiniz.* |
| \* Mesai saatleri dışında laboratuvarda yalnız çalışmak yasaktır. Mutlaka eşlik edecek kişi/ler bildirilmelidir.**Not**: Form iki nüsha olarak imzaladıktan sonra bir nüshası öğrencide kalacak, diğer nüshası Bap görevlisine teslim edilecektir. |