**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ**

 **ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aşağıda belirtilen gün ve saatlerde, unvanı, adı soyadı yazılı akademik personel /idari büro personeli/ laboratuar görevlisi/öğrenci (çalışma odasında/büroda/ laboratuarda ) Anabilim Dalı Başkanlığımızın bilgisi dâhilinde çalışma yapacaktır.

Bilgilerinize arz ederim. ……/……/20…. İ M Z A

 Anabilim Dalı Başkanı İmzası

 /…../ 201…

 Uygundur

 Enstitü Müdürü

Çalışma Yapılacak Tarih ve Saat aralığı : …/…/201… Saat: 16.00 - Çıkış Saati: ……….

Çalışacak Personel(ler) veya Öğrenci(ler) ve Çalışmanın İçeriği

…………………………………………………………………………………….……………………………….……………………

Çalışma Yapılacak Yer :

…………………………………………………………………………………...………………..

**Not:** Hafta içi günlerde saat 16:00’dan sonra, beraberinde sorumlu akademisyen/personel olmayan öğrencilerin çalışma yapamaz.

**09.01.2019 tarih, 4676 sayılı yazıda belirtilen ve tarafımıza tebliğ edilen yükümlülükleri okudum. İş Sağlığı ve İş Güvenliği dahil her türlü sorumluluğu kabul ediyorum.**

……/……/20….

Laboratuvar sorumlusu / Çalışacak Personel / Sorumlu Personel: Unvanı / Adı Soyadı

İ M Z A

\*Güvenlik görevlilerine ibraz edilmesi için bir nüsha çalışana / çalışanlara verilecektir.