|  |  |
| --- | --- |
|  | **ABDULLAH GÜL ÜNİVERSİTESİ**  MERKEZİ ARAŞTIRMA LABORATUVARI  Barbaros Mah, Erkilet Blv, Sümer Kampüs, 38080 Kocasinan, Kayseri Tel: 0352 224 88 00 e-posta: merlab@agu.edu.tr  http://merlab.agu.edu.tr/ |
| **CİHAZ KULLANIM YETKİSİ TALEP FORMU** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kullanım Yetkisi Talep Edilen Cihazın Adı, Marka/Modeli:** |  |
| **Kullanım Yetkisi Talep Eden Öğrenci/Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:**  **Numarası: (Sadece öğrenciler için)** |  |
| **Cihaz Kullanım Eğitimi Veren Kişi(ler):** |  |

Yukarıda ismi/marka/modeli belirtilen cihaz ile ilgili………………………………………….

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

deneylerini gerçekleştirmek üzere gerekli eğitimleri tamamlamış olup cihazı kendi başıma Merkez çalışma saatleri içerisinde (hafta içi Pazartesi-Cuma, 09:00-17:00) ve Merkezin belirlediği kurallar çerçevesinde kullanma yetkisini ve cihazın bulunduğu ilgili laboratuvara giriş-çıkış yetkisini talep ediyorum.

Cihazı kullanmadan önce Merkezin belirlemiş olduğu rezervasyon sistemine kayıt yaptıracağımı, cihaz kullanım bilgisi giriş defterine gerekli bilgi girişini yapacağımı ve ilgili formları dolduracağımı, cihazı kullandığım süre boyunca cihaz ile ilgili oluşabilecek arızaların, zararın ve diğer kayıpların sorumluluğunun tamamıyla şahsıma ait olduğunu, cihazı kullanım sürem boyunca iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili mevzuata uygun talimatlara uyacağımı, makine, tesisat ve kişisel koruyucu donanımı verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda ve amacına uygun olarak kullanacağımı, Merkezde yer alan makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştığımda ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüğümde yetkililere derhal haber vereceğimi ve bu hususta gereken tedbirleri almayı kabul, beyan ve taahhüt ederim. Bu hususta doğacak bütün cezai ve hukuki sorumluluk şahsıma aittir.

|  |
| --- |
| Talep Edenin  Adı Soyadı:  Talep Tarihi:  İmza |
| Danışmanın  Adı Soyadı:  Tarihi:  İmza  (Formu dolduran lisans/lisansüstü öğrenci ise danışmanının da formu uygundur şeklinde imzalaması gerekmektedir. Öğrenci değil ise danışman ile ilgili olan bölüm silinecektir.) |
| Cihazın Akademik Direktörünün  Adı Soyadı:  Tarihi:  İmzası: |