**…../…../2023**

**İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ TAB PROJE PERSONELİ BİLGİ FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Proje Kodu** |  |
| **Proje Adı** |  |
| **Proje Yürütücüsü** |  |
| **TAB Proje Personeli Adı Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik No / Sicil No** |  |
| **Çalıştığı Birim** |  |
| **Proje Personeli Mail / Tel.** |  |
| **Ayrıntılı Görev Tanımı\*** |  |
| **Kullanılması Gerekli Görülen Kişisel Koruyucu Donanımlar\*\*** |  |

……………... kodlu projede TAB Proje Personeli olarak çalışan ………………….…. ‘nin bilgilerinin doğruluğunu beyan ederim.

Proje Yürütücüsü

Unvanı Adı Soyadı

İmza

*\* Projede Laboratuvar, Atölye, Ofis vb. yerlerde görev alıyorsa yapmış olduğu işler ayrıntılı olarak belirtilmelidir, İş yeri dahilinde kimyasal, fiziksel veya biyolojik faktörlerin neden olduğu hastalık ve yaralanmaları ortadan kaldırmak veya önlemeğe yönelik üniversitemiz İş Sağlığı ve Güvenliği Birimince çalışma yapılacaktır.*

*\*\* Çalışan personelin kullanacağı matkap, kaynak-lehim makinası, kesici delici aletler vb. gibi ekipmanlar kullanılıyor ise belirtilmesi gerekmektedir.*