Prokalite	**Demo Hastanesi** KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM TAAHHÜT VE TESLİM FORMU	

Doküman Kodu: AD.FR.052	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Kurum Adı: ..... HASTANESİ	**Tarih:**
Teslim Edenin Adı Soyadı: Ad Soyad	**Teslim Edenin İmzası:**

KİŞİSEL KORUYUCU DONANIMLAR LİSTESİ

[] Önlük	[] Emniyet Kemeri	[] Kulak Tıkacı
[] N95 Maske	[] Emniyet Ayakkabısı	[] Bilek Koruyucusu
[] 3M Maske	[] Eldiven	[] Kolluk
[] Cerrahi maske	[] Yüz Siperi	[] Partikül Filtresi
[] Eldiven	[] Kaynakçı Maskesi	[] Yarım Toz Maskesi
[] FF3	[] İş Tulumu	[] Deri önlük
[] Gözlük	[] Kulaklık (Kapalı tip)	[] Çelik önlük
[] Steril eldiven	[] Çizme	[] Baret
[] Non streril eldiven	[] İş Elbisesi	[] Kurşun Önlük
[] Kurşun boyunluk	[] Gaz Maskesi	[] Koruyucu Gözlük

..... unvanlı işyerinde görev yaparken kullanmak üzere tarafıma teslim edilen ve listede belirtilen kişisel koruyucu donanımlarımı aldım. Çalışma sahasında belirli müddet denenen ve teknik yöneticilerce kullanılması uygun görülerek seçilen bu malzemelerin nasıl ve ne şekilde kullanılacağını, kullanmadığım zaman karşılaşacağım tehlikeler hususunda amir ve yetkililerden gerekli bilgileri ve yönlendirici ikazları aldım. Bu konuda verilen eğitime iştirak ettim. Bana verilen malzemeleri iş başlangıcından mesai sonuna kadar kullanacağımı, gösterilen yerde muhafaza edeceğimi, gerektiğinde değiştirmek veya yenisini temin etmek üzere birim sorumlusuna müracaat edeceğimi, koruyucu malzemede hasar oluşması veya kaybolması durumunda kişisel koruyucu donanım olmadan çalışma yapmayacağımı taahhüt ederim.

Teslim Alan Adı Soyadı:	**Teslim Alanın İmzası:**

Herhangi bir kişisel koruyucu donanım yenilendiğinde veya geçici olarak verildiğinde aşağıdaki kısımlar doldurulacaktır

VERİLEN KKD	Teslim Tarihi	Teslim Eden (ad/soyad/imza)	Teslim Alan (ad/soyad/imza)	Açıklama	İade Edildiği Tarih	İade Edenin İmzası