



**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ İŞ SAĞLIĞI VE
GÜVENLİĞİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ**
**KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM(KKD) ZİMMET
FORMU**

Doküman No: İSG.FRM.01
Revizyon No: 00
Revizyon Tarihi: 00
Yayın Tarihi: Haziran 2023

Aşağıda belirtilen kişisel koruyucu donanım ile ilgili sorumluluğu aldığımı, bu donanımları test ve kontrol ettiğimi, çalışırken tarafıma uyarı yapılmaksızın malzemelerimi doğru ve uygun olarak kullanacağımı, kullanılmayacak duruma geldiğinde yenisini almak üzere yetkiliye başvuracağımı kabul ve taahhüt ediyorum. Aşağıda belirtilen kişisel koruyucu donanımların kullanımı ile ilgili gerekli eğitimi aldım, KKD'leri sahada kullanmadığım zaman oluşacak tehlikeler hakkında uyarıldım. Sözü edilen malzemeleri kullanmadığım takdirde uygulanabilecek cezai yaptırımları kabul ettiğimi,

Beyan ve taahhüt ederim.

Adı ve Soyadı : Baba Adı :
Doğum Tarihi : Görevi :
Tarih : İmzası :

<u>Cinsi</u>	<u>Adet</u>	<u>Teslim Alan İmza</u>	<u>Cinsi</u>	<u>Adet</u>	<u>Teslim Alan İmza</u>
<input type="checkbox"/> İş Ayakkabısı			<input type="checkbox"/> İş Elbisesi		
<input type="checkbox"/> Reflektif Yelek			<input type="checkbox"/> Toz Maskesi		
<input type="checkbox"/> Baret			<input type="checkbox"/> Gaz Maskesi (Filtreli)		
<input type="checkbox"/> İş Gözlüğü			<input type="checkbox"/> Oksijen Maskesi		
<input type="checkbox"/> Yüz Maskesi			<input type="checkbox"/> Kaynakçı Önlüğü		
<input type="checkbox"/> Kaynakçı Maskesi			<input type="checkbox"/> Çizme		
<input type="checkbox"/> Kaynakçı Başlığı			<input type="checkbox"/> İş Eldiveni		
<input type="checkbox"/> Kulaklık			<input type="checkbox"/> Elektrikçi Eldiveni		
<input type="checkbox"/> Kulak Tıkacı			<input type="checkbox"/> Elektrikçi ayakkabısı		
<input type="checkbox"/> Yağmurluk			<input type="checkbox"/> Emniyet Kemer		
<input type="checkbox"/> Cerrahi Maske			<input type="checkbox"/> Diğer(lütfen belirtiniz)		
<input type="checkbox"/> Diğer(lütfen belirtiniz)			<input type="checkbox"/> Diğer(lütfen belirtiniz)		

Teslim Eden

Adı Soyadı:

İmza: