



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Kurumsal Hizmetler
İŞ GÜVENLİĞİ KONTROL FORMU

BİRİM/BÖLÜM ADI:

TARİHİ :..../..../20..

Kontrol Formu Uygulama Kuralları

- 1- Formda ki maddelere cevabınız **Evet** ise “√”, **Hayır** ise “X” ile işaretleyiniz.
- 2- Cevabınız, “X” ise nedeni/sebebini vb. açıklama kısmına yazınız.
- 3- Eklemek istediklerinizi ilgili konu alt kısma veya ensona ekleyebilirsiniz.

	KONULAR	Evvet	Hayır	AÇIKLAMA
ELEKTRİK TEHLİKELERİ				
ERGONOMİ				
KİMYASAL RİSKLER				
ZEMİN KAYNAKLI RİSKLER				

ACİL DURUMLAR (YANGIN,PA TLAMA VB.)				
İŞYERİ EKLENTİLERİ				
SAĞLIK VE GÜVENLİK İŞARETLERİ				
FİZİKSEL RİSKLER				
İŞYERİ TERTİP				

BASINÇLI TÜPLER				
KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM				

İşyeri Hekimi
Adı Soyadı/ İmza

İş Güvenliği Uzmanı
Adı Soyadı/ İmza

Birim Sorumlusu
Adı Soyadı/ İmza