İşyerinde, görev yaparken kullanılmak üzere tarafıma teslim edilen aşağıdaki listede belirtilen kişisel koruyucu donanımları kullanılır ve sağlam vaziyette teslim aldım.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **S.N.** | **MALZEMENİN ADI** | **MALZEMENİN ÖZELLİKLERİ VE DETAYLARI** | **TESLİM TARİHİ** | **İMZA** |
| 1 | [ ]  İş Elbisesi |  |  |  |
| 2 | [ ]  Tıbbi Maske |  |  |  |
| 3 | [ ]  Siperlik |  |  |  |
| 4 | [ ]  Toz Maskesi |  |  |  |
| 5 | **[ ]** Eldiven |  |  |  |
| 6 | **[ ]** Diğer |  |  |  |

Tarafıma teslim edilen kişisel koruyucu donanımları;

* Nasıl ve ne şekilde kullanılacağının uygulamalı olarak eğitimini aldım,
* Kullanmadığım zaman karşılaşacağım sağlık risklerini, tehlikeleri ve yaptırımlar konusunda, amir ve İSG yetkililerinden gerekli eğitimi, bilgileri ve yönlendirici ikazları aldım.
* İş sahasında, iş başlangıcından sonuna kadar kullanacağımı,
* Kullanmadığım takdirde kendime, üçüncü şahıslara ve işletmeye vereceğim zarardan ve bu nedenle meydana gelebilecek kazalardan tümüyle sorumlu olacağımı,
* Her türlü hukuki sorumluluğun kendime ait olduğunu,
* Kişisel Koruyucu Donanımlara kasıtlı olarak zarar vermem halinde rayiç bedelini ödeyeceğime,
* Kişisel koruyucu donanımları gösterilen yerde muhafaza edeceğimi,
* Kendi kusurum nedeniyle hasar görmesi durumunda da derhal amirimden veya yenisi ile değiştirilmek üzere KKD deposundan temin edeceğimi,
* Gerektiğinde (eskidiğinde, kullanılmaz hale geldiğinde) değiştirmek üzere depoya eskisini getirerek müracaat edeceğimi

Kabul, beyan ve taahhüt ederim. ….. / …. / 20…

 **Teslim Alan Teslim Eden**

Adı ve Soyadı : ……………… Adı ve Soyadı : Lokman ALTUN

Görevi : ……………… Görevi : Müdür Yardımcısı

İmza : İmza :