



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAMİDİYE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ



LABORATUVAR ÇALIŞMALARI SIRASINDA OLAY BİLDİRİM FORMU

Oluşturma tarihi: 01.07.2022

Revizyon tarihi/sayısı: -.-/-

Form No: KADAK-00018

Olay Yeri:	
Olay Tarihi:/...../.....
Olay Saati:
Formun Doldurulduğu Tarih:/...../.....
Olayı Tespit Eden Kişi:	
İmza:	
Olaya Maruz Kalan Kişinin;	
Adı Soyadı:	T.C. NO:
Cep Telefonu:	
İkametgah Adresi:	
Olayı gören: (...) Var (...) Yok 1.Şahit/şahitlerin adı soyadı ve imzası/Şahidin Adresi ve Tel No:	
Olaya maruz kalan kişinin 1.derece yakınının adı soyadı: Yakının Adresi ve Tel No:	
Olaya İlişkin Açıklama:	
Yapılacak İşlemler ve Sonuç:	
Olaya Maruz Kalan Kişi	Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:
Kalite, Değerlendirme ve Akreditasyon Komisyonu Başkanı: Tarih/İmza:	

Bu form, en geç olaydan sonraki 3 iş günü içerisinde Kalite, Değerlendirme ve Akreditasyon Komisyonu'na bildirilmelidir.