|  |  |
| --- | --- |
| Birim Adı: |  |
| Laboratuar Adı: |  |
| Çalışma Tarih ve Saati: |  |
| Çalışmacının Adı-Soyadı: |  |
| Çalışmacının Görevi: |  |
| Yapılacak Çalışma Hakkında Bilgi: |  |
|  | |

…………………………………..……………………………..… DEKANLIĞINA / MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda verilen bilgiler dahilinde yürüteceğim akademik çalışmam için laboratuvar kullanım izninin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim. Çalışmam sırasında D.Ü. Genel Laboratuvar Kullanma Talimatlarını (LAB-TLM-135) okuduğumu ve bu talimatlara uyacağımı, tüm laboratuvar sarf ve demirbaş malzemesinin sorumluluğumda olduğunu, her türlü olumsuz durumdan tarafımın sorumlu olacağını, oluşabilecek zararların tarafımdan tazmin edileceğini, kabul ve beyan ederim.

İmza

|  |
| --- |
| **Da Danışman/Laboratuvar Sorumlusu Adı Soyadı :** |

Yukarıda bilgileri verilen kişinin belirtilen çalışmayı sorumluluğum altında belirtilen tarih ve saat aralığında gerçekleştirmesi hususunda gerekli iznin verilmesini olurlarınıza arz ederim.

İmza

**Uygundur**

**Anabilim Dalı Başkanı Bölüm Başkanı**

İmza İmza

**OLUR**

**Dekan**

İmza

\*: Laboratuvarda çalışma talebi Dekanlık tarafından incelenerek uygun görülürse çalışma izni verilecektir.

\*\*: LAB-TLM-135 dokümanına DÜ Kalite Geliştirme Koordinatörlüğü Web Sayfasından erişilebilinir.