Çalışmacının Adı-Soyadı :……………………………………….…………………...

Çalışmacının Görevi :……………………………………….…………………...

Birim Adı :……………………………………………..……………..

Laboratuvar Adı :………………………………………………..…………..

Çalışma Tarih ve Saati :……………………………………………………………

Yapılacak Çalışma Hakkında Bilgi:……………………………………………………….

FEN FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

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

Danışmanı veya Laboratuvar Sorumlusu olduğum yukarıda bilgileri verilen kişinin belirtilen çalışmayı sorumluluğum altında belirtilen tarih ve saat aralığında gerçekleştirmesi hususunda gerekli iznin verilmesini olurlarınıza arz ederim.

**Adı-Soyadı:**

İmza

**Ana Bilim Dalı Başkanı Bölüm Başkanı**

İmza İmza

**Uygundur**

Dekan

İmza

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

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