



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ



LABORATUVAR ÇALIŞMALARI
SIRASINDA OLAY BİLDİRİM FORMU

Oluşturma tarihi: 01.07.2022

Revizyon tarihi/sayısı: 29.01.2026/1

Form No: KADAK-0018

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 yakının 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.