



T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi

Doküman Kodu	SÇ.FR.03
Yayın Tarihi	02.12.2024
Revizyon Tarihi	00
Revizyon No	00
Sayfa No	1/1

PERSONEL SAĞLIK TARAMASI RED BEYANI FORMU

ADI SOYADI :

GÖREVİ/ÜNVANI :

GÖREV YAPTIĞI BİRİM :

İşyeri Hekimi / İSG Uzmanı / Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından tarafıma;

- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca sağlık taramasının yasal bir zorunluluk olduğu,
- Sağlık taramasının amacı, kapsamı ve sağlık açısından taşıdığı riskler,
- Bulaşıcı hastalıklar dâhil olmak üzere meslek hastalıklarının erken teşhisinin önemi,
- Sağlık taramasına katılmamanın hem kişisel hem kamusal sonuçları,
- Tarama yapılmaması durumunda doğabilecek iş sağlığı ve güvenliği sorunları ile idari sonuçlar, hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılmıştır.

Tüm bu bilgilendirmelere rağmen, sağlık taramasına kendi özgür irademle katılmayacağımı ve bu kararımın doğurabileceği tüm sağlık, hukuki ve idari sonuçlardan yalnızca kendimin sorumlu olacağımı kabul ve beyan ederim.

Bu beyanım, işverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında sahip olduğu yükümlülükleri ortadan kaldırmaz. Beyanım sadece duruma ilişkin bir kayıt niteliği taşımaktadır.

Personelin Red Gerekçesi (isteğe bağlı):

.....

Tarih: / / 20..

Personelin İmzası: _____

İşyeri Hekimi / İSG Uzmanı / Kalite Yönetim Sorumlusu: _____

Birim Yöneticisi (isteğe bağlı): _____