|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| İş Yeri Adı: | Tatbikat Tarihi: | | |
| Tatbikat Adı: | Alarm Şekli: | | Alarmı Veren: |
| Tatbikat Türü:  ( )Yangın  ( )Patlama  ( ) Doğal Afet  ( )Tehlikeli Madde Kimyasal Yayılımı  ( )Gıda Zehirlenmesi  ( ) İlkyardım Gerektiren Olay/Kaza  ( ) Diğer (…………….) | Tatbikatın Amacı: | | |
| Tatbikat Senaryosu: | | |
| Tatbikata Katılan Ekipler: | Katılan Kişi Sayısı: | Güvenli Yerdeki Sayım Sonucu: | |
| Tatbikatta Kullanılan Ekipmanlar: |
| Başlangıç Saati: | Bitiş Saati: | |
| Tatbikatın Yeri/Bölümü: |
| Tahliye Durumu Var( ) Yok( ) | | |
| Toplanma Bölgesine Ulaşma Süresi: | Tahliye Süresi: | | |
| Tatbikat Sonrası Değerlendirme: |  | | |
| Tatbikat Esnasında Doğru Yapılanlar: |  | | |
| Tatbikat Sırasında Yanlış Yapılanlar: |  | | |
| Tatbikattan Çıkarılan Sonuçlar ve Öneriler |  | | |
| Tatbikatın Genel Sonucu | Yetersiz( ) Orta( ) İyi( ) Çok İyi | | |
| Tatbikat Koordinatörü Adı Soyadı:  İmza: | Tatbikat Formunu Dolduran Adı Soyadı:  İmza: | | |

Form doldurulduktan sonra **Kalite Yönetim Birimine** gönderilmelidir.