|  |  |
| --- | --- |
| 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.