

“EK-1 BİYOSİDAL ÜRÜN UYGULAMA İŞLEM FORMU

UYGULAMAYI YAPANA AİT BİLGİLER

Uygulamayı yapan firma adı	
Açık adresi	
Mesûl müdür	
Uygulayıcı/lar adı, soyadı	
Telefon/faks numarası	
Müdürlük izin tarih ve sayısı	
Ekip sorumlusu	

KULLANILAN BİYOSİDAL ÜRÜNE AİT BİLGİLER

Ürünün ticari adı, ruhsat tarih ve sayısı	
Ürünün uygulama şekli	
Ürünün aktif maddesi	
Ürünün antidotu	
Ürünün ambalajının miktarı (kg/litre)	

UYGULAMA YAPILAN YER HAKKINDA BİLGİLER

Uygulama yapılan yerin açık adresi	
Uygulama yapılan hedef zararlı türü/adı	
Uygulama tarihi, başlangıç ve bitiş saati	
Mesken/işyeri vb	
Mesken ise daire sayısı	
Uygulama yapılan yerin alanı	
Alınan güvenlik önlemleri, yapılan öneri ve uyarılar	
Ekip Sorumlusu	Uygulama Yapılan Yerin
İmza	Sorumlusu/Yetkilisi-İmza

Not: ZEHİRLENME DURUMLARINDA GEREKTİĞİNDE ULUSAL ZEHİR DANIŞMA MERKEZİNİN (UZEM) 114 VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN 112 NOLU TELEFONUNU ARAYINIZ.

Bu form iki nüsha olarak hazırlanır ve bir nüshası uygulama yapılan yerin yetkililerine/sahibine verilmesi zorunludur.

EK – 2 BİYOSİDAL ÜRÜN UYGULAMA İZİN BELGESİ

T.C.
..... VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Belge No:

Tarih:

BİYOSİDAL ÜRÜN UYGULAMA İZİN BELGESİ

KURULUŞUN

ADI :
ADRESİ ve TEL :
SAHİBİ (SAHİPLERİ)
ADI ve SOYADI :
ÇALIŞMA SAATLERİ :
UYGULAMA YAPILACAK
BİYOSİDAL ÜRÜN GRUPLARI :

Yukarıda adı ve adresi belirtilen Biyosidal Ürün Uygulama kuruluşunun Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik kapsamında faaliyet göstermesi uygun görülmüştür.

Vali
veya adına
Halk Sağlığı Müdürü

EK-3 MESÛL MÜDÜRLÜK BELGESİ

T.C.
..... VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Belge No:

Tarih:

MESÛL MÜDÜRLÜK BELGESİ

MESÛL MÜDÜRÜN

ADI ve SOYADI :

UNVANI :

T.C. NO :

BABA ADI :

DOĞUM YERİ :

DOĞUM TARİHİ :

Mezun Olduğu Fakülte :

Mezuniyet Tarihi :

Diploma No :

Fotoğraf

GÖREV YAPACAĞI KURULUŞUN

ADI :

ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan’nın Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik kapsamında mesûl müdürlük görevini yürütmesi uygun görülmüştür.

Halk Sağlığı Müdürü

EK- 4 İŞYERLERİNDE BULUNDURULMASI ZORUNLU EKİPMAN LİSTESİ

1 - İşyerinde Asgari Bulundurulması Gerekli Alet ve Cihaz

Alet ve Cihaz Adı	Miktarı
Pulverizatör	1 adet
ULV cihazı	1 adet
Sıcak su sistemi (Banyo bölümüne bağlı)	1 adet
Çamaşır makinesi	1 adet
Kilitli dolap	1 adet
Telefon	1 adet

Not: Haşerelere karşı biyosidal ürün uygulaması yapılmayan işyerlerinde pulverizatör ve ULV cihazının bulundurulması zorunlu değildir. Bu işyerlerinde ürünlerin kullanılmasına yönelik uygun püskürtücü/sisleyici/dozlayıcı bulundurulur.

2 - İşyerlerinde Asgari Bulundurulması Gerekli Malzeme

Malzeme Adı	Miktarı
İlkyardım dolabı	1 adet
Yangın söndürücüsü	1 adet
Kullanılacak kimyasalla uygun Antidotlar	Ekip üyesi kadar
Koruyucu elbise	Ekip üyesi kadar
Eldiven	Ekip üyesi kadar
Baret	Ekip üyesi kadar
Çizme	Ekip üyesi kadar
Koruyucu gözlük	Ekip üyesi kadar
Gaz maskesi	Ekip üyesi kadar
Toz maskesi	Ekip üyesi kadar
İlk yardım çantası	Ekip sayısı kadar
Terazi	1 adet
El feneri	2 adet
Mezür ölçülü silindir	1 adet
Malzeme çantası	1 adet
Kova	1 adet
Süzgeç	1 adet

EK-5 BİYOSİDAL ÜRÜN UYGULAMA EĞİTİMİ DÜZENLEME YETKİ BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Belge No:

Tarih:

BİYOSİDAL ÜRÜN UYGULAMA EĞİTİMİ
DÜZENLEME YETKİ BELGESİ

KURULUŞUN

ADI/ÜNVANI :

ADRESİ ve TEL :

SORUMLUSU

ADI ve SOYADI :

Yukarıda adı ve adresi belirtilen kuruluş, Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik kapsamında sorumluluğunda biyosidal ürün uygulama eğitimi düzenlemek üzere yetkilendirilmiştir.

Kurum Başkanı

EK-6 BİYOSİDAL ÜRÜN UYGULAYICI SERTİFİKASI

T.C.
..... VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sertifika No:
Tarih:
Eğitimi Veren Kurum/Kuruluş:
Sertifika Geçerlilik Tarihi:

Fotoğraf

BİYOSİDAL ÜRÜN UYGULAYICI SERTİFİKASI

T.C. KİMLİK NO :
ADI ve SOYADI :
BABA ADI :
DOĞUM YERİ :
DOĞUM TARİHİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan, .../.../20...-
.../.../20 ... tarihleri arasında Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında
Yönetmelik kapsamında düzenlenen biyosidal ürün uygulayıcı eğitimini başarı ile
tamamladığından Biyosidal Ürün Uygulayıcısı olarak çalışması uygun görülmüştür.

Halk Sağlığı Müdürü”

“EK-9 MESÛL MÜDÜR SERTİFİKASI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

MESÛL MÜDÜR SERTİFİKASI

Fotoğraf

Belge No:

Sertifika geçerlilik tarihi:

T.C. KİMLİK NO :

ADI ve SOYADI :

DOĞUM TARİHİ :

DOĞUM YERİ :

MESLEĞİ :

Yukarıda kimliği yazılı olan, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından .../.../20...-.../.../20 ... tarihleri arasında, Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik kapsamında düzenlenen mesûl müdür eğitimini başarı ile tamamlamıştır.

Kurum Başkanı

EK-10 BAŞKA BİR İLDE YAPILACAK BİYOSİDAL ÜRÜN UYGULAMA BİLDİRİM FORMU

UYGULAMAYI YAPANA AİT BİLGİLER

Uygulamayı yapan firma adı	
Açık adresi	
Mesûl müdür	
Uygulayıcı/lar adı, soyadı	
Telefon/faks numarası	
Müdürlük izin tarih ve sayısı	
Ekip sorumlusu	

UYGULAMA YAPILACAK YER HAKKINDA BİLGİLER

Uygulama yapılacak yerin açık adresi	
Uygulama tarihi, saati	
Mesken/işyeri vb	
Mesken ise daire sayısı	
Uygulama yapılacak yerin alanı	
	Ekip Sorumlusu İmza

Not: ZEHİRLENME DURUMLARINDA GEREKTİĞİNDE ULUSAL ZEHİR DANIŞMA MERKEZİNİN (UZEM) 114 VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN 112 NOLU TELEFONUNU ARAYINIZ.

Başka bir ilde geçici olarak, seyyar araç ve gereçlerle uygulama yapılması durumunda, gidilen ilin Müdürlüğüne uygulama yapılmadan iki iş günü öncesinden bu formun eksiksiz olarak doldurulup dilekçe ekinde verilmesi zorunludur.