

Univerza v Ljubljani
Fakulteta *za farmacijo*



Zadeva: **IZJAVA O SEZNANITVI S PRAVILI VARNEGA DELA V LABORATORIJU**

Spodaj podpisan/a študent/ka izjavljam, da sem seznanjen/a s pravili varnega dela v laboratoriju ter, da me lahko v primeru neupoštevanja pravil odstranijo iz laboratorija.

Študent

Odgovorna oseba fakultete

Priimek in Ime:

Priimek in Ime: Prof. dr. Borut Božič, dekan

Datum:

Datum:

Podpis:

Podpis: