

Univerza v Ljubljani



UNIVERZA V LJUBLJANI  
Fakulteta za farmacijo  
Aškerčeva cesta 7

1000 Ljubljana

**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:

Datum:

Datum:

Podpis: .....

Podpis: .....