

Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada

Institute for Medical

Research and Occupational Health

T (385 1) 4682 500

E info[@imi.hr](mailto:--------@imi.hr)

A Ksaverska cesta 2

10000 Zagreb

W [www.imi.hr](http://www.imi.hr/)

**IZJAVA O PRAVU I ODRICANJU OD ODGOVORNOSTI**

Ja, , OIB: ,

iz ustanove   
upoznat/a sam da rad u laboratoriju predstavlja određeni rizik za zdravlje te se pristajem pridržavati uputa djelatnika/mentora u laboratoriju Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada (dalje u tekstu: Institut). Obvezujem se prilikom rada koristiti zaštitna sredstva te poštivati pravila zaštite na radu za vlastito dobro i dobro drugih osoba, kao i za čuvanje imovine Instituta.

Izjavljujem da sam upoznata s važećim podzakonskim aktima Instituta i s pravilima rada u laboratoriju (dobrom laboratorijskom praksom), da ih razumijem i prihvaćam kao sastavni dio ove Izjave.

Izjavljujem da sam upoznata i da pristajem da Institut može na bilo koji način dokumentirati moj rad na Institutu te da je Institut nositelj prava na sve materijalne i intelektualne ishode mog rada na Institutu, koje stoga, može trajno i bez ograničenja koristiti u svoje znanstvene i stručne svrhe.

Svojim potpisom, kao znakom pristanka, preuzimam na sebe odgovornost da ni na koji način neću djelovati na štetu Instituta, a u suprotnom potvrđujem da sam svjestan/na posljedica koje odatle mogu proizići.

Ova suglasnost je neopoziva i obvezujuća.

Zagreb, dana

(potpis izjavitelja/ice)