

Antrag - Schließberechtigungen/Transponder SupraFAB

- Neuantrag** (Ich habe noch KEINEN Transponder.)
- Änderungsantrag** (Ich habe bereits einen Transponder und möchte vorhandene Schließberechtigungen ändern und /oder ich möchte die Gültigkeit meines Transponders verlängern.)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Name: _____ | Vorname: _____ |
| Arbeitsgruppe: _____ | E-Mail: _____ |
| Institut: _____ | Telefonnummer _____ |
| Abteilung: _____ | Transpondernummer: _____ |
| Beschäftigungsart: _____ | <i>falls vorhanden</i> |
| <i>Prof/ WiMi/ HiWi/ PhD/ Student</i> | Vertragsdauer: _____ |
| | <i>Laufzeit des Arbeitsvertrags, Praktikums, Doktorarbeit</i> |

Folgende Schließgruppen (und/oder Einzelräume) werden benötigt:

Arbeit außerhalb Schließzeiten (AG Leitung): nein ja, Gefährdungsbeurteilung von AG Leitung vorhanden

Wir haben zur Kenntnis genommen, dass für die Nutzung der SupraFAB-Infrastruktur Kosten entstehen können und akzeptieren die SupraFAB-Nutzerregeln und Hausordnung (siehe SupraFAB-Wiki: <https://wikis.fu-berlin.de/x/O4I2T>)

Datum Unterschrift Mitarbeiter/in Unterschrift Arbeitsgruppenleitung

von SupraFAB Bereichsleitungen auszufüllen

Bestätigung der Zugangsberechtigungen durch Bereichsleitung

| | | |
|---|-------|---|
| Brandschutz/Hausregeln (SupraFAB) | _____ | (A. Wiedekind) |
| Chemiebereich Eigler/Pagel (214-216) | _____ | (M. Götze/ K. Pagel, C. Halbig/ S. Eigler) |
| Chemiebereich Multiuser (217-222) | _____ | (K. Goltsche/ P. Nickel) |
| Messraum Multiuser (220, 136/236) | _____ | (K. Goltsche/ P. Nickel/ M. Götze/ C. Halbig) |
| Physikbereich (116-118) | _____ | (B. Höfer/P. Kusch) |
| Nano-FTIR (024) | _____ | (B. Höfer/P. Kusch) |
| Reinraum (017-022) inkl. Einweisung | _____ | (B. Höfer) |
| Cryo-TEM (023) | _____ | (T. Hilal/ K. Ludwig) |
| AFM (025) | _____ | (C. Lotze) |
| Festkörper NMR (028) | _____ | (A. Schäfer) |
| XPS/TOF-Sims (029) | _____ | (K. Goltsche/ P. Nickel) |
| S2 Optische Mikroskopie* (026/027) | _____ | (K. Achazi/ M. Maglione) |
| S2 Biologiebereich* (114/115) | _____ | (K. Achazi/ S. Wedepohl/ Biolab TAs) |

***Zugang zum S2 Biologie & Optische Mikroskopiebereich nur mit**

- **S2 Biosicherheitsunterweisung:** Datum _____, _____ (K. Achazi/ S. Wedepohl/ Biolab TAs)
- **Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge** (siehe Fragebogen Seite 3): Angebotsvorsorge Pflichtvorsorge
- bei Pflichtvorsorge **Bescheinigung vom betriebsärztlichen Dienst** (Pflichtvorsorge gültig bis: _____)
- **Lasersicherheitsunterweisung** bei Benutzung von Lasern: Datum _____, _____ (B. Höfer)

Anträge für Schließberechtigungen sowie Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und Bescheinigung vom betriebsärztlichen Dienst müssen bei Frau Katharina Tebel (Büro 103/ Postraum 135) abgegeben werden.

Transponderquittung:

Name: _____ Arbeitsgruppe: _____

Ich habe den nachfolgend bezeichneten Transponder für das Universitätsgebäude

Altensteinstraße 23a

der Freien Universität Berlin erhalten.

Transpondernummer: _____

Ich verpflichte mich,

den Transponder zu dienstlichen Zwecken zu verwenden und keinen Unbefugten Personen zu überlassen, den Transponder **sorgfältig aufzubewahren**.

das Gebäude/Raum **beim Verlassen ordnungsgemäß zu verschließen**,

den Transponder bei meinem Ausscheiden aus der Universität oder auf Verlangen der zuständigen Universitätseinrichtung unverzüglich **zurückzugeben**.

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich nach den gesetzlichen Haftungsgründen für den Schaden einzustehen habe, der durch schuldhaften Verlust eines mir ausgehändigten Transponders entsteht.

Ein Transponder berechtigt nicht, weiteren Personen Zutritt zu gewähren oder diesen an Dritte weiterzugeben! Der Erhalt des Transponders berührt nicht die Dienstvereinbarung über die gleitende Arbeitszeit sowie die Einhaltung der geltenden Regelung zu Überstunden von Tarifverträgen. Die Schließfreigabe erfolgt durch die zuständige Universitätseinrichtung. **Änderungswünsche können durch den/die Kostenstellenverantwortliche/n beantragt werden.** Die Geltungsdauer der Schließberechtigung kann zeitlich begrenzt sein. Daher sollte der Transponder in regelmäßigen Abständen an einem Kartenlesegerät aktualisiert werden.

Datum

Unterschrift – Mitarbeiter*in

Fragebogen zur Ermittlung der arbeitsmedizinischen Vorsorge für Nutzende
Biolab/OM Bereich (S2 Gen-Anlage 92/14) SupraFAB *Questionnaire for occupational health care for users of the Biolab/OM facility (S2 genetic engineering facility 92/14) SupraFAB*

Vorbemerkung Note

Vor Aufnahme von Tätigkeiten in der S2 Gen-Anlage 92/14 SupraFAB (Optische Mikroskopie und Biologiebereich) ist der Fragebogen von der Forschungsgruppenleitung auszufüllen und der Bereichsleitung der S2 Bereiche K. Achazi (Vertretung: D. Lauster, S. Wedepohl, TAs) vorzulegen. *Before starting work in the S2 Gene Facility 92/14 SupraFAB (microscopy and biology area), the questionnaire for a risk assessment must be completed by the head of the research group and submitted to the responsible head of the S2 area K. Achazi (stand-in: D. Lauster, S. Wedepohl, TAs).*

Bei ermittelter Pflichtvorsorge dürfen Tätigkeiten erst nach Vorlage einer aktuellen Vorsorgebescheinigung des Arbeitsmedizinisches Zentrum der Charité (AMZ) aufgenommen bzw. weitergeführt werden. *In case an obligatory preventive medical check-up was identified, work can only be started or continued after presentation of a valid preventive medical check-up certificate from the Charité's Occupational Health Center (AMZ).*

Termin AMZ *appointment AMZ: amz-anmeldung@charite.de, Tel.: +49 30 450 570 775*

Vorname & Nachname:
First Name & Last Name:

Forschungsgruppe:
Research Group:

1. Umgang mit humanpathogenen Erregern oder humanen Proben?

Handling of human pathogens or human samples? **Nein** *No* **ja**, folgende: *Yes, the following:*

Humane Blutproben *Human blood*

Humane Mukusproben *Human mucus*

Andere humane Proben: *Other human samples:*

Influenza A Virus *Influenza A virus*

Masernvirus *Measles virus*

Andere Erreger (Viren, Bakterien, Pilze, Einzeller): *Other pathogens (virus, bacteria, fungi, protozoa):*

2. Weitere besondere Gefährdungen?

Other special hazards? **Nein** *No* **ja**, folgende: *Yes, the following:*

Tragen von Atemschutzgeräten (z.B. FFP2) *Wearing respirators (e.g. FFP2)*

Tragen von Handschuhen *Wearing gloves* <2h >2h >4h tägl. *daily*

Sonstige Gefährdungen: *Other hazards:*

Datum *Date*

Unterschrift Forschungsgruppenleitung *Signature group head*

Angebotsvorsorge
Optional check-up

Pflichtvorsorge (AMZ besuch notwendig)
Obligatory check-up

Nicht eindeutig (AMZ besuch notwendig)
Cannot be decided, visit AMZ

Datum *Date*

Unterschrift S2 Bereichsleitung *Signature S2 responsible person*
K. Achazi (S. Wedepohl)