

VINÇ-KREYN GÜNLÜK KONTROL FORMU

Çalışma yapılan alan		Vinç seri no'su	FORMUN DOLDURULDUĞU AY																											
Kullanım amacı		Malzeme kaldırma	İnsan çalışması (personel kaldırma)	KULLANILDIĞI GÜNLER																										
Kullanım amacı onayı		Var	Yok																											
KONTROL MADDELERİ				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
Makinenin üç aylık son periyodik kontrol tarihi kontrol edildi mi?																														
Kişisel koruyucular giyildi mi?																														
Zemin ve Ray durumu uygun mu?																														
Vinç'in döntüş sahasında engel var mı?																														
Vinç'in bom ve kedi açmasında engel var mı?																														
Yüksek gerilim ve enerji hattı veya elektronik durumda arıza var mı?																														
Kancanın emniyet mandalı çalışıyor mu?																														
Sapan,halatlar ve kilitlerde hasar var mı?																														
Sapan,halat,kilit taşıma kapasiteleri yazılı mı? Standartları var mı?																														
Sesli ve ışıklı ikaz sistemleri çalışıyor mu?																														
Vincin denge ağırlıkları sağlam mı?																														
Vinc ayakları Manuel ve Hidrolik kilitleri açıldı mı? Gözle kontrol edildi mi?																														
Yağ vb kaybı,sızıntısı var mı?																														
Sağlık sorunu var mı? (bulantı kusma,baş dönmesi,tansiyon vb)																														
Yük kaldırma çizelgesi var mı?																														
Vincin çalışmasında anormal ses var mı?																														
Fren sistemi kontrol edildi mi?																														
Operatör kabiniinde sorun var mı? Görüş imkanı yeterli mi?																														
Hava şartları açısından kullanımda sakınca var mı?																														
Yangın söndürme önlemleri alınmış mı?																														
KONTROL EDEN İMZA				OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	OPERTATÖR İmza:	

Operatör tarafından her gün işe başlamadan doldurulmalıdır. **SORUN YOKSA TİK İŞARETİ (✓) ATILACAK** **MADDEYLE İLGİLİ SORUN VAR İSE (X) KUNULACAK VE HER İŞARET MADDESİ SORUMLU KİŞİYE BİLDİRİLECEKTİR.....**