

.....

.....

.....

3. Maszyny , urządzenia i narzędzia , które są wykorzystywane przy pracy na danym stanowisku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy na danym stanowisku doszło do wypadku przy pracy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Czy doszło do zachorowania na choroby zawodowe lub podejrzenia o te choroby

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Prosimy o podanie jak instalacja jest na stanowisku pracy (elektryczna, gazowa lub inna)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Wykaz i pomiary czynników szkodliwych na stanowisku pracy (jeśli państwo posiadacie aktualne pomiary bardzo prosimy o przesłanie ich razem ze zgłoszeniem)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczątka i podpis