

INFORMACJA O ZAKŁADZIE PRACY

.....
/pieczętka zakładu pracy z NIP, REGON, telefon/

1. Krótki opis i rodzaje wykonywanej pracy.....
.....
.....

2. Liczba zatrudnionych.....

w tym: kobiet....., mężczyzn....., młodocianych.....

3. Tryb pracy: jednozmianowy, dwuzmianowy, trzymianowy

/właściwe pokreślić /

4. Czy w zakładzie istnieje komórka BHP? tak/nie

Jeśli tak proszę podać osobę do kontaktów i telefon:

.....

5. Czy zakład posiada przeprowadzoną ocenę ryzyka zawodowego? tak/nie

6. Czy zakład posiada pomiary czynników szkodliwych i uciążliwych? tak/nie

7. Czynniki szkodliwe lub uciążliwe występujące w procesie technologicznym:

Zgodnie z Ustawą z dn. 27 czerwca 1997r. (z późniejszymi zmianami) o służbie medycyny pracy w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

I. Czynniki fizyczne

Nazwa czynnika	Hałas	Drgania miejscowe	Drgania ogólne	Praca przy komputerze	Oświetlenie, rodzaj, niedostateczne, nadmierne	Mikroklimat gorący	Mikroklimat zimny
Ilość stanowisk							
Ilość pracowników							

Inne czynniki							
Ilość stanowisk							
Ilość pracowników							

II. Pył przemysłowy

Nazwa / rodzaj pyłu				
Ilość stanowisk				
Ilość pracowników				

III. Czynniki chemiczne

Nazwa / rodzaj czynnika				
Ilość stanowisk				
Ilość pracowników				

IV. Czynniki rakotwórcze /wymienić, liczba stanowisk/

Nazwa czynnika				
Ilość stanowisk				
Ilość pracowników				

V. Czynniki biologiczne

Nazwa / rodzaj czynnika				
Ilość stanowisk				
Ilość pracowników				

.....

Imię i nazwisko
oraz
stanowisko
osoby wypełniającej
dokument

.....

Data i podpis kierownika zakładu