

Informacja o zapoznaniu się pracownika z ryzykiem zawodowym

| | |
|------------------------|---|
| (nazwa firmy) | (nazwa komórki a organizacyjnej) |
|------------------------|---|

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z: **zagrożeniami, ryzykiem zawodowym i wykazem czynników biologicznych** związanym z wykonywanymi czynnościami na moim stanowisku pracy. Przyjmuję do wiadomości zakres i rolę wdrożonych do stosowania barier. Jestem świadomy/a, że niestosowanie wdrożonych barier powoduje wzrost ryzyka zawodowego – zwiększa prawdopodobieństwo zaistnienia wypadku czy choroby zawodowej.

| Imię i nazwisko pracownika | Stanowisko pracy (czynności) | Data | Podpis pracownika |
|--------------------------------|----------------------------------|------|-------------------|
| | | | |
| Informację przekazał:..... | | | |
| Ocena ryzyka zawodowego: | | | |