|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |   |   dnia |   |
|  (pieczęć zakładu pracy) |  |

**OŚWIADCZENIE**

**o zapoznaniu się pracownika z zagrożeniami podczas pracy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ja niżej podpisany(a) |   |  oświadczam, |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| że w dniu | **……………………….** |  r. zostałem (am) poinformowany przez |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|    |   |   |
|  (imię i nazwisko) |  |  (stanowisko) |

o:

* zagrożeniach dla zdrowia i życia występujących z zakładzie pracy i ryzyku zawodowym, na poszczególnych stanowiskach pracy i przy wykonywanych pracach, w tym o zasadach postępowania w przypadku awarii i innych sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu pracowników,
* działaniach ochronnych i zapobiegawczych podjętych w celu wyeliminowania lub ograniczenia zagrożeń, zasadach zachowania bezpieczeństwa pożarowego w obiekcie zakładu,
* drogach i sposobach ewakuacji na wypadek pożaru lub innego miejscowego zagrożenia,
* miejscach rozmieszczenia gaśnic i innego sprzętu przeciwpożarowego,
* pracownikach wyznaczonych do:
	+ udzielania pierwszej pomocy,
	+ wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników,
* miejscu znajdowania się apteczki pierwszej pomocy oraz zasadach udzielania pierwszej pomocy,

dotyczących wykonywania prac na terenie/ w Zespole:

|  |
| --- |
|   |
| ( nazwa zakładu pracy/ Zespołu ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
|  (czytelny podpis pracownika) |  |  (podpis osoby udzielającej informacji) |

—  Rozmiar czcionki (100%)  +