

Lista uczestników szkolenia okresowego

Data: \_\_\_\_\_

Lp.	Imię Nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	STANOWISKO	Potwierdzam odbycie szkolenia okresowego, zapoznanie z ryzykiem zawodowym, które wiąże się z wykonywaną przeze mnie pracą. Zrozumiałem/am i zapoznałem/am się z instrukcją bezpieczeństwa pracy dla mojego stanowiska i zobowiązuję się do jej przestrzegania ( <b>PODPIS PRACOWNIKA</b> )
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					