

# Lista uczestników szkolenia stanowiskowego

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

Lp.	Nazwisko imię	Data urodzenia	Stanowisko	Potwierdzam odbycie szkolenia stanowiskowego, zostałem/am zapoznany/a z ryzykiem zawodowym, które wiąże się z wykonywaną przeze mnie pracą. Zrozumiałem/am i zapoznałem/am się z instrukcją bezpiecznej pracy dla mojego stanowiska i zobowiązuję się do jej przestrzegania <b>(PODPIS PRACOWNIKA)</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				