

Zapoznanie pracowników z ryzykiem zawodowym i instrukcjami

Data: _____

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