

Kierujemy na badanie:

- wstępne
 okresowe
 kontrolne
 k

PESEL:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania (ulica, kod, miasto):

Tel. Domowy: Tel. Kom.: e-mail:

która / który b/dzie jest zatrudniona / zatrudniony na stanowisku / ach:

Charakter pracy:

- biurowa
 fizyczna - prosz okre li ci ko pracy i wydatek energetyczny

- wymuszona pozycja ciała
 inny charakter pracy:

Opis stanowiska pracy	
Krótki opis technologii lub rodzaju produkcji, lokalizacja stanowiska pracy, elementy wyposażenia, podstawowe czynności i sposób oraz czas ich wykonywania	

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące na stanowisku pracy	
1. czynniki psychospołeczne:	<input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne <input type="checkbox"/> monotonia pracy <input type="checkbox"/> narażenie życia
2. Komputer:	<input type="checkbox"/> ilość godzin:
3. Kierowanie:	<input type="checkbox"/> samochodem (kategoria): <input type="checkbox"/> wózkiem widłowym <input type="checkbox"/> maszyn w ruchu
4. Praca zmianowa:	<input type="checkbox"/> nocna
5. Praca na wysokości:	<input type="checkbox"/> do 3 metrów <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów
6. Hałas:	<input type="checkbox"/> ilość godzin pracy w hałasie: <input type="checkbox"/> natężenie
7. Wibracja:	<input type="checkbox"/> miejscowa <input type="checkbox"/> ogólna pomiary:
8. Mikroklimat:	<input type="checkbox"/> gorący <input type="checkbox"/> zimny
9. Czynniki chemiczne:	<input type="checkbox"/> wymieni jakie: czas pracy: stwierdzenie:
10. Pyły:	<input type="checkbox"/> wymieni jakie:
12. Dźwiganie ciężarów	<input type="checkbox"/> ile kilogramów:
13. Promieniowanie	<input type="checkbox"/> jonizujące <input type="checkbox"/> nadfioletowe <input type="checkbox"/> laser <input type="checkbox"/> podczerwone <input type="checkbox"/> elektromagnetyczne
14. Inne:	<input type="checkbox"/> wymieni jakie:

Wyniki dotychczasowych badań środowiska pracy (jeśli były wykonane)

Nie były wykonywane

.....
podpis i pieczęćka kierownika działu lub specjalisty BHP