

.....
Jednostka organizacyjna

**Potwierdzenie poinformowania pracownika
o ryzyku zawodowym**

które wiąże się z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami - zgodnie z art. 226
pkt 2 Kodeksu pracy

Nazwisko i imię pracownika:

stanowisko pracy

data zapoznania z oceną ryzyka zawodowego i ochrony przed zagrożeniami:.....

.....

.....
(podpis pracownika + data)

.....
(podpis przełożonego + data i pieczęćka imienna)

Uwaga!
Potwierdzenie należy przesać do CZZL – Dział Kadr