…………………………………………..………………

 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 pieczątka imienna)

*Uwaga!*

*Potwierdzenie należy przesłać do Działu Kadr*