

**Aktyw BHP S.C., 02-361 Warszawa, ul. Przemyska 11a**

**tel. (22) 824-03-66**

**FORMULARZ OCENY RYZYKA ZAWODOWEGO**

(stanowiska biurowe)

Nazwa firmy: .............................................................................

Nazwa działu: .............................................................................

Nazwa stanowiska: ......................................................................

Charakterystyka stanowiska:

Zakres podstawowych obowiązków pracownika:

1. .................................................................
2. ................................................................
3. ................................................................
4. ................................................................
5. ................................................................
6. ................................................................

Opis pracy – czynności wykonywanych przez pracownika w ciągu zmiany roboczej.

(np. obsługa komputera – 4 h, jazda samochodem – 2 h, rozmowy z klientem, wyjazdy służbowe itp.)

1. .................................................................
2. .................................................................
3. ..................................................................
4. ..................................................................
5. .................................................................

Obsługiwane urządzenia na stanowisku pracy.

( np. komputer, drukarka, niszczarka, ksero, itp.)

1. .................................................................
2. .................................................................
3. .................................................................
4. ................................................................
5. ...............................................................

Dane o zatrudnieniu:

Liczba zatrudnionych na stanowisku: ....................

W tym: mężczyźni ......... kobiety ............ młodociani .............

Zawód: ...........................................................................................................

Przebyte szkolenia bhp: .............................................................................................................

(instruktaż ogólny, instruktaż stanowiskowy, szkolenie podstawowe, szkolenie okresowe)

Aktualne (ostatnie) badania lekarskie:

....................................................................................................................

(wstępne, okresowe, kontrolne)

Uwagi: