

.....
pieczęć firmowa
pracodawcy

.....
miejsowość data

KARTA ZGŁOSZENIA PRACODAWCY

Do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wieliczce

1	prowadzącego działalność *
2	rozpoczynającego działalność *
3	zменяjącego działalność *

A. Dane o pracodawcy

1. Pełna nazwa pracodawcy

2. Siedziba pracodawcy (adres, telefon, fax, e-mail)

.....

.....

3. Organizacja podmiotu gospodarczego:

- podmiot jednozakładowy *	- podmiot wielozakładowy *
----------------------------	----------------------------

4. Miejsce (-a) prowadzenia działalności (adres-y, tel/fax, e-mail)

.....

5. Data:

	dzień		miesiąc		rok			
- rozpoczęcia działalności *								
- zmiany działalności *								

6. Liczba pracowników:

aktualna							
w tym kobiet							
młodocianych							
przewidywana							

- niepotrzebne skreślić

D. Dane identyfikacyjne podmiotu gospodarczego

1. Statystyczny numer identyfikacyjny REGON:

--

2. Rodzaj działalności / kod PKD:

- działalność podstawowa

Obsługa i naprawa pojazdów mechanicznych

--	--	--	--	--	--	--	--

- działalność drugorzędna

.....

--	--	--	--	--	--	--	--

- działalność trzeciorzędna

.....

--	--	--	--	--	--	--	--

- działalność pomocnicza

.....

--	--	--	--	--	--	--	--

C. Informacje o środkach i procedurach

1. Podać, czy w zakładzie pracy i na stanowiskach pracy są wymagania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczące:

- obiektów i pomieszczeń pracy

tak nie nie dotyczy

--	--	--

- zaplecza higieniczno-sanitarnego

--	--	--

- wentylacji, ogrzewania, oświetlenia

--	--	--

- urządzeń i instalacji energetycznych

--	--	--

- transportu wewnątrzzakładowego

--	--	--

- magazynowania i składowania

--	--	--

- zagrożeń czynnikami szkodliwymi

--	--	--

- szkolenia bhp

--	--	--

- badań lekarskich

--	--	--

- wymagań kwalifikacyjnych

--	--	--

2. Podać, czy w zakładzie pracy występuje/a/:

- | | tak | nie |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - substancje chemiczne i niebezpieczne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - przemysłowe pyły zwłókniające, w tym zawierające azbest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - inne pyły przemysłowe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - hałas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wibracja – drgania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - mikroklimat gorący | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - mikroklimat zimny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - niedostateczne oświetlenie stanowisk pracy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - promieniowanie jonizujące | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - pola elektromagnetyczne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - uciążliwości związane z pracą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - zagrożenia czynnikami „mechanicznymi” związanymi z maszynami szczególnie niebezpiecznymi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Podać zastosowane środki i opracowane procedury (zasady postępowania) dla spełnienia wymagań wynikających z przepisów oraz w celu zabezpieczenia pracowników przed urazami i oddziaływaniem czynników szkodliwych dla zdrowia.

3.1 Zastosowane środki:

- ochrony zbiorowej
(np. wentylacja, klimatyzacja)

- ochrony indywidualnej
(np. maski, półmiski, okulary, rękawice)

- inne zabezpieczenia techniczne

.....
(np. ekrany, osłony, przegrody)

Na podstawie art. 39 § 1 pkt 2 Kodeksu postępowania administracyjnego wnoszę o doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej na wyżej wskazany adres elektroniczny.

/Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby działającej w imieniu pracodawcy/