PR3\_P16.W4\_F1\_W1

 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Pieczęć komórki organizacyjnej | **Karta oceny ryzyka zawodowego**   ..........................................(pełna nazwa stanowiska pracy) | **Data założenia karty / edycja** ......................... |
| **Data przeprowadzenia okresowej oceny ryzyka zawodowego**  ........................ (m-c, rok) |
| **Charakterystyka stanowiska pracy:** krótki opis wykonywanych zadań, wyposażenie stanowiska pracy (stosowane maszyny, narzędzia i materiały środki ochrony indywidualnej i zbiorowej)**,** pozycja przy pracy, dobowy wymiar czasu pracy/ zmianowość.  |
| **Wymagania ogólne** |
| **Szkolenia z zakresu bhp** | Instruktaż ogólny | Przed dopuszczeniem do pracy |
| Instruktaż stanowiskowy | Przed dopuszczeniem do pracy |
| Szkolenie okresowe | Co ……….\* lata  |
| **Profilaktyczne badania lekarskie** | Wstępne | Przed dopuszczeniem do pracy |
| Okresowe | Co ………. lata |
| **Kwalifikacyjne wymagania zawodowe** |  |

\* - Szkolenie okresowe nie jest wymagane dla pracowników administracyjno-biurowych (podstawa prawna: art. 2373 § 22 Kp). W takim przypadku należy wpisać „0”.

PR3\_P16.W4\_F2\_W1



**KARTA IDENTYFIKACJI ZAGROŻEŃ NA STANOWISKU** **PRACY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupy czynników występujących na stanowisku pracy** | **Zagrożenie**  | **Źródło zagrożenia** | **Urazy/choroby spowodowane przez zagrożenie** | **Narażenie**  | **Wynik pomiaru czynnika mierzalnego** | **Prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożeń [P]** | **Ciężkość szkodliwych****następstw [C]** | **Ryzyko oszacowane** **[Ro]** | **Środki korygujące****Środki ochrony** | **Ryzyko zawodowe [Rp] po zastosowaniu środków ochrony** |
| **Stałe** | **Kilka razy w ciągu dnia** | **Kilka razy na tydzień** | **Kilka razy na miesiąc** | **Kilka razy w roku** |
| Skala M-Ś-D | **skala M-Ś-D** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **Czynniki fizyczne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **Czynniki chemiczne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Czynniki biologiczne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Czynniki** **Psychofizyczne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Czynniki** **Uciążliwe** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dopuszczalność ryzyka zawodowego** |  |

PR3\_P16.W4\_F3\_W1



**PLAN DZIAŁAŃ KORYGUJĄCYCH I/LUB ZAPOBIEGAWCZYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedsięwzięcia** | **Cel przedsięwzięcia** | **Termin realizacji** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

 PR3\_P16.W4\_F4\_W1



**ZATWIERDZENIE OCENY RYZYKA ZAWODOWEGO**

Część I

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………Data / Osoba zarządzająca w NIO-PIB (Dyrektor, Z-ca Dyrektora)  |

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

Część II **Zespół ds. oceny ryzyka zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| …………………………………………………………………………………………………Data / Kierownik komórki organizacyjnej | …………………………………………………………………………………………Data / Pracownik Sekcji BHP | …………………………………………………………………………………………Data / Społeczny Inspektor Pracy | …………………………………………………………………………………Data / Lekarz Medycyny Pracy |

 PR3\_P16.W4\_F5\_W1



**ZAPOZNANIE PRACOWNIKÓW Z OCENĄ RYZYKA ZAWODOWEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię pracownika** | **\*Status zatrudnienia** | **Potwierdzenie pracownika o zapoznaniu z oceną ryzyka zawodowego**  |
| **Data** | **Podpis** |
|
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*należy wpisać: P - pracownik; O - osoba zatrudniona na umowę cywilno-prawną; W – wolontariusz;

 S-stażysta/doktorant/student odbywający praktyki zawodowe.