

**Do Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego**

W

KARTA ZGŁOSZENIA PRACODAWCY
(podstawa prawna art. 209 Kodeksu Pracy)

1	prowadzącego działalność *
2	rozpoczynającego działalność*
3	zmieniającego działalność *

A. Dane o pracodawcy

1. Pełna nazwa pracodawcy

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

2. Siedziba pracodawcy (adres , tel/fax)

.....

3. Organizacja podmiotu gospodarczego:

<input type="checkbox"/> podmiot jednozakładowy *	<input type="checkbox"/> podmiot wielozakładowy *
---	---

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

.....

5. Data:

<input type="checkbox"/> rozpoczęcia działalności*	dzień		miesiąc		rok			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> zmiany działalności *								

6. Liczba pracowników:

aktualna	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
w tym kobiet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
młodocianych	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
przewidywana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Niepotrzebne skreślić

B. Dane identyfikacyjne podmiotu gospodarczego

1. Statystyczny numer identyfikacyjny REGON:

--

2. Rodzaj działalności /kod PKD/:

▶ działalność podstawowa

.....

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

▶ działalność drugorzędna

.....

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

▶ działalność trzeciorzędna

.....

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

▶ działalność pomocnicza

.....

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

C. Informacje o środkach i procedurach

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

▶ Obiektów i pomieszczeń pracy

TAK	NIE	NIE DOTYCZY

▶ Zaplecza higieniczno-sanitarnego

--	--	--

▶ Wentylacji, ogrzewania, oświetlenia

--	--	--

▶ Maszyn i urządzeń

--	--	--

▶ 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		
▶ Przemysłowe pyły zwłókniające, w tym zawierające azbest		
▶ Inne pyły przemysłowe		
▶ Hałas		
▶ Wibracja – drgania		
▶ Mikroklimat gorący		
▶ Mikroklimat zimny		
▶ Niedostateczne oświetlenie stanowisk pracy		
▶ Promieniowanie jonizujące		
▶ Pola elektromagnetyczne		
▶ Uciążliwości związane z pracą		
▶ Zagrożenia czynnikami mechanicznymi związanymi z maszynami szczególnie niebezpiecznymi		
▶		

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/

3.2 opracowane procedury:

.....
/ instrukcje, wskazówki /

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

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