………………………………….

(nazwa pracodawcy)

**KARTA SZKOLENIA WSTĘPNEGO**

**W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko osoby   odbywającej szkolenie …………………………………………………………………………………….. | |
| 1. Nazwa komórki organizacyjnej …………………………………………………………………………… | |
| 1. **Instruktaż ogólny** | Instruktaż ogólny przeprowadził w dniu ………………………………………………………. r.  ………………………………………… .……………………………………………  (podpis osoby, której udzielono instruktażu) (imię i nazwisko prowadzącego instruktaż) |
| 1. **Instruktaż stanowiskowy** | 1) Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy ………………………………………………..  przeprowadził w dniach ……………………….. r. …………………………………………..  (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)  Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy  Pan(i) …………………………………………………………………………………………….  został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku.  ………………………………………… .……………………………………………  (podpis osoby, której udzielono instruktażu) (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej) |
| 2)\* Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy ………………………………………………  przeprowadził w dniach ……………………….. r. …………………………………………..  (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)  Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy  Pan(i) …………………………………………………………………………………………….  został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku.  ………………………………………… .……………………………………………  (podpis osoby, której udzielono instruktażu) (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej) |

\* Wypełniać, gdy praca występuje na różnych stanowiskach pracy lub przy zmianie stanowiska pracy.

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o istniejącym ryzyku zawodowym i ewentualnych skutkach związanych z wykonywaniem pracy na zajmowanym stanowisku oraz iż zapoznano mnie z zasadami i sposobem postępowania w przypadku zagrożenia i pożaru.

…………………………………………

(data i podpis pracownika)