

.....
(nazwa komórki/jednostki organizacyjnej)

.....
imię i nazwisko pracownika

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o ryzyku zawodowym, które łączy się z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami na stanowisku/ach pracy:

.....
(nazwa stanowiska pracy)

.....
(data)

.....
(podpis osoby zapoznającej się)

.....
(data i podpis osoby udzielającej informacji)