

# Lista kontrolna BHP Ogólne

Nazwa spółki / organizacji:

Wypełnione przez:

Data (dd-mm-rrrr):

Stanowisko / nazwa zlecenia:

**I** W razie pytań związanych z BHP, pracownik czasowy oraz biuro pośrednictwa pracy mogą się kontaktować z osobą wymienioną poniżej:

Nazwisko:

Stanowisko:

Wydział:

**2** Nasza firma posiada własne materiały informacyjne oraz instrukcje dotyczące warunków pracy pracownika czasowego. Biuro pośrednictwa pracy może przekazać te materiały pracownikowi czasowemu.

Tak, załączyłem/-łam kopię; proszę przejść do pyt. 5

Nie

**3** W naszej firmie pracownicy czasowi są w następujący sposób informowani o procedurach dotyczących pomocy udzielanej w nagłych przypadkach (pożar, wypadki, ewakuacja):

**4** W naszej firmie obowiązują szczególne przepisy bezpieczeństwa, o których pracownik tymczasowy musi być poinformowany.

Tak, nasza firma poinformuje pracowników czasowych o tych przepisach przed rozpoczęciem pracy.

Nie

**5** Pracownicy czasowi delegowani do naszej firmy pracują także w pomieszczeniach/ oddziałach stron trzecich.

Tak

Załączono informacje na temat związanych z tym aspektów dotyczących BHP

Informacje są przekazywane ustnie przez:

Nie

**6** W naszej firmie jesteśmy świadomi faktu, że wypadki w których biorą udział pracownicy czasowi powinny być niezwłocznie zgłaszane biuro pośrednictwa pracy.

Data:

Pieczętka firmy:

Podpis: