

.....
(pieczęć Kliniki/Oddziału/Zakładu WIM-PIB)

Warszawa, dnia.....

Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Zakres odpowiedzialności)

Instruktaż stanowiskowy przeprowadził:

.....
(pieczęć i podpis Opiekuna praktyki klinicznej)

Potwierdzam przeprowadzenie instruktażu:

.....
(data i podpis Kierownika Komórki WIM-PIB)

Na podstawie §2.1. *Rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy* (Dz. U. 180 poz. 1860) oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a i zapoznany/-a z zagrożeniami występującymi przy wykonywaniu powierzonych czynności oraz metodami usuwania i przeciwdziałania tym zagrożeniom w miejscu ich wykonywania.

Przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się przestrzegać:

- przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej;
- przepisów i zasad BHP obowiązujących w,
- obowiązków oraz zadań na okoliczność zaistnienia wypadku lub pożaru.

.....
(czytelny podpis osoby zapoznanej z warunkami pracy)