

PODATKI ZA IZDELAVO  
**IZJAVE O VARNOSTI Z OCENO TVEGANJA**

<b>Naslov naročnika oz. plačnika:</b>					
<b>Davčna številka:</b>		<b>Šifra dejavnosti:</b>			
<b>Dejavnost:</b>					
<b>Direktor-ica:</b>					
<b>Ostali sodelujoči pri posredovanju podatkov:</b>					
<b>Pooblaščenec zdravnik medicine dela:</b>					
<b>Objekt oz. prostor za katerega se dela ocena tveganja:</b>					
<b>Podatki o podjetju:</b>					
	Organizacijska enota	Delovno mesto	Število delavcev	Datum opravljenega izpita varstvo pri delu in varstvo pred požarom	Datum opravljenega zdravniškega pregleda
Pri-mer	uprava	računovodja	1	12.10.2009	1.12.2010
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

<b>Posebni izpiti (za viličariste, TGM, nevarne kemikalije...)</b>					
Ime in priimek		Datum rojstva	Vrsta izpita	Datum opravljanja izpita	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
<b>Opravljen periodični pregled delovne opreme:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Datum pregleda:</b>		<b>Izvajalec pregleda:</b>	
<b>Navodila za varno delo, preizkušanje in vzdrževanje</b>			DA / NE		
<b>Seznam delovne opreme, ki jo posamezni delavci uporabljajo pri delu:</b>					
<b>Seznam osebne varovalne opreme, ki jo posamezni delavci uporabljajo pri delu:</b>					

<b>Opravljenе meritve mikroklime in osvetljenosti:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Datum meritev:		Izvajalec meritev:	
<b>Opravljenе meritve prahu:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Datum meritev:		Izvajalec meritev:	
<b>Opravljenе meritve hrupa:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Datum meritev:		Izvajalec meritev:	
<b>Opravljenе meritve el. instalacij:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Datum meritev:		Izvajalec meritev:	
<b>Opravljenе meritve strelovodov:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Datum meritev:		Izvajalec meritev:	
<b>Letni periodični pregled gasilnih aparatov:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Datum pregleda:		Izvajalec pregleda:	
<b>Izdelan požarni red in načrt evakuacije:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Datum izdelave:			
<b>Omarica prve pomoči:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne				
<b>Ročno dvigovanje bremen:</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne				
<b>Transportna sredstva (viličarji, dvigala, ...)</b>					
<b>Ali so v objektu vgrajeni sistemi aktivne požarne zaščite</b>					
<b>Sistem za javljanje požara</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Potrdilo o brežhibnem delovanju</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Izvajalec pregleda</b>	
<b>Varnostna razsvetljava</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Potrdilo o brežhibnem delovanju</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Izvajalec pregleda</b>	
.....	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Potrdilo o brežhibnem delovanju</b>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<b>Izvajalec pregleda</b>	

<b>Obrazec izpolnil:</b>		<b>Datum:</b>	
--------------------------	--	---------------	--

Priloga: seznam delovnih mest

Izpolnjen vprašalnik pošljite na: **faks ali naslov: Strma pot 8, Ilirska Bistrica.**

<b>SEZNAM DELOVNIH MEST</b>	
Delovno mesto:	Vrste nalog / opis del: