

SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ S AKTUALIZACÍ RIZIK

PRACOVISTĚ:		Datum školení:	
Název školení:	SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ S AKTUALIZACÍ RIZIK		
Nová rizika:			
Cíl školení:	SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ S AKTUALIZACÍ RIZIK Seznámení pracovníků s aktualizací rizik a bezpečnostních opatření proti působení těchto rizik v rámci zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, vztahujících se k pracovní činnosti vykonávané v Karvinské hornické nemocnici a. s.		
Níže podepsaní zaměstnanci stvrzují svým podpisem, že byli seznámeni s aktualizací rizik a bezpečnostních opatření proti působení těchto rizik a výkladu plně porozuměli.			
Jméno a funkce školitele:		Podpis školitele:	

Č.	Jméno a příjmení	Podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

Č.	Jméno a příjmení	Podpis
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		