

CZĘŚĆ II - Kontrolna, wypełniana dobrowolnie

Numer karty: _____

Wypełnia: KOORDYNATOR

Nazwa firmy/brygady	Zakres prac (ogólnie)
Data kontroli	

SPRAWDŹ BEZPIECZEŃSTWO:

TAK NIE

Czy stanowisko pracy zostało przygotowane zgodnie z ustaleniami na odprawie?

Czy pracownicy posiadają i stosują właściwe SOI ustalone na odprawie?

STOP

Podejmij działania by prace przebiegały bezpiecznie - sprawdź ponownie

GRATULACJE! Kolejne zwycięstwo!

SPRAWDŹ ORGANIZACJĘ:

TAK NIE

Czy prace odbywają się zgodnie z harmonogramem?

Czy prace zostały zakończone?

Zastanów się dlaczego?

Jeszcze raz omów zadania i sprawdź ponownie!

GRATULACJE! Dobra robota!

Przewidywane zagrożenia

	TAK <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Ogólne zasady BHP wraz z planowanymi środkami ochrony

Obowiązkowe środki ochrony



Dodatkowe środki ochrony

	TAK <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przed rozpoczęciem robót sprawdzono:

- znajomość organizacji prowadzenia robót przez pracowników
 - zabezpieczenie i oznakowanie strefy niebezpiecznej
 - dostęp do miejsca pracy
 - zabezpieczenie miejsca pracy - krawędzie, kompletność rusztowań, podestów itp.
 - środki ochrony indywidualnej i sprzęt
 - oświetlenie stanowiska pracy
- Sprawdzono stanowiska pod kątem BHP.

Oświadczam, że informacje zawarte w karcie zostały przekazane pracownikom.

Pracownicy przyjęli do wiadomości, zrozumieli informacje zawarte w karcie i zobowiązują się do ich stosowania.

Pracownicy potwierdzili swój stan psychofizyczny i trzeźwość oraz gotowość do przystąpienia do pracy.

Zezwalam na prowadzenie prac.

Podpis osoby nadzorującej/wydającej pozwolenie

