

Przewidywane zagrożenia

	TAK <input type="checkbox"/>		TAK <input type="checkbox"/>
Upadek z wysokości		Wybuch	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Upadek przedmiotów z wysokości		Wpadnięcie do wykopu	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Uderzenie, przygniecenie		Zatrucie substancjami nieb.	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Przewrócenie się rusztowania		Osoby nieupoważnione	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Potrącenie przez maszyny		Uszkodzenie istniejącej infrastruktury	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Porażenie prądem		Kolizja robót	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Prace uszkodzonym sprzętem		Zawalenie się podczas rozbiórki	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Osunięcie ziemi w wykopie		Urazy spowodowane narzędziami	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pożar		Utonięcie / zalanie	

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"/>
Półmaska przeciwpyłowa		Siatki i balustrady		Odcięcie mediów		Czujnik trójgazowy	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ochronniki słuchu		Lina bezp. z amortyzatorem		Stała wentylacja kanału		Krótkofalówka	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Maska		Urządzenie samozaciskowe		Przedmuchiwanie gazem obojętnym		Gaśnica i koc ppoż	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Szelki bezpieczeństwa		Urządzenie samohamowne		Trójkąt ewakuacyjny			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Rękawice antywibracyjne		Urządzenie samohamowne		Oświetlenie bezpieczne 24 V			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Kompletne poszycie podestów		Punkty kotwiczące		Odzież ochronna			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Wygradzonej strefy		Pozycyjna lina kotwicząca		Odzież trudno zapalna			

CZĘŚĆ II - Kontrolna, wypełniana dobrowolnie

Numer karty: _____

Wypełnia: KOORDYNATOR GW

Nazwa firmy/brygady	Zakres prac (ogólnie)
Data kontroli	

SPRAWDŹ BEZPIECZEŃSTWO:

TAK	NIE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy stanowisko pracy zostało przygotowane zgodnie z ustaleniami na odprawie?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy prace odbywają się zgodnie z harmonogramem?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy prace zostały zakończone?
		Zastanów się dlaczego? Jeszcze raz omów zadania i sprawdź ponownie!
		GRATULACJE! Dobra robota!

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

