**2401-ILZ\_.261.47.2020** **Załącznik nr 5 do Umowy nr …../2020**

**WYKAZ OSÓB**

wykonujących pracę na terenie **Urzędu Skarbowego w Sosnowcu,**

będących pracownikami innego pracodawcy, którzy zostali poinformowani o zagrożeniach dla bezpieczeństwa i zdrowia

**Zostałem/am poinformowany/a o zagrożeniach dla bezpieczeństwa i zdrowia występujących na terenie Urzędu Skarbowego   
w Sosnowcu, co potwierdzam podpisem:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres pracodawcy** | **Imię i nazwisko**  **pracownika** | **Data i czytelny podpis pracownika** | **Imię i nazwisko oraz podpis informującego o zagrożeniach** | **Uwagi** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Podstawa prawna:

§ 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. Nr 180, poz. 1860 z późn. zm.)