

**WYKAZ OSÓB**

wykonyjących 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.)