

**WYKAZ OSÓB**

wykonujących pracę na terenie Urzędu Skarbowego w .....,

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 ....., 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.)