

Załącznik Nr 7
do Regulaminu Pracy
Starostwa Powiatowego
w Skarżysku-Kamiennej

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stanowisko pracy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zostałem/ zostałam poinformowany(a) o występujących zagrożeniach na stanowisku pracy i potwierdzam iż zapoznałem się z dokumentacją oceny ryzyka zawodowego na zajmowanym stanowisku.

Informację przekazał/a

.....
(data)

.....
(Podpis)