

Lista uczestników szkolenia okresowego

Data: _____

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	STANOWISKO	Potwierdzam odbycie szkolenia okresowego, zapoznanie z ryzykiem zawodowym, które wiąże się z wykonywaną przeze mnie pracą. Zrozumiałem/am i zapoznałem/am się z instrukcją bezpiecznej pracy dla mojego stanowiska i zobowiązuję się do jej przestrzegania (PODPIS PRACOWNIKA)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					