

**Rejestr pracowników
narażonych na działanie szkodliwego czynnika biologicznego
zakwalifikowanego do grupy 3 lub 4 zagrożenia**

L.p.	Stanowisko / rodzaj wykonywanej pracy	Stopień zagrożenia spowodowanego działaniem szkodliwych czynników biologicznych (wypełnia BHP)	Awaryjne i wypadki związane z narażeniem na działanie szkodliwych czynników biologicznych (wypełnia BHP)	Wynik przeprowadzonej oceny ryzyka z podaniem nazwy szkodliwego czynnika biologicznego i grupy zagrożenia, (wypełnia BHP)	Liczba pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych	Imię, nazwisko, stanowisko oraz numer telefonu kontaktowego osoby odpowiedzialnej u pracodawcy za bezpieczeństwo i higienę pracy oraz ochronę zdrowia pracowników
1	2	3	4	5	6	7