**REJESTR PRACOWNIKÓW**

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

***w …..***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko / rodzaj wykonywanej pracy** | **Stopień zagrożenia spowodowanego działaniem szkodliwych czynników biologicznych** | **Awarie i wypadki związane z narażeniem na działanie szkodliwych czynników biologicznych** | **Wynik przeprowadzonej oceny ryzyka z podaniem nazwy szkodliwego czynnika biologicznego i grupy zagrożenia** | **Liczba pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych** | **Imię, nazwisko, stanowisko oraz**  **telefon kontaktowy pracodawcy lub**  **osoby przez niego upoważnionej do**  **nadzoru w zakresie bezpieczeństwa i**  **higieny pracy.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

……….…………………………..  
 *(podpis kierownika)*