

.....
(pieczęćka firmowa pracodawcy z numerami
identyfikacyjnymi REGON, NIP)

....., dnia

KARTA ZGŁOSZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

1. prowadzącego działalność *
2. rozpoczynającego działalność*
3. zmieniającego działalność*/ lokalizację*

1. Pełna nazwa i adres zakładu

.....
.....

2. Siedziba pracodawcy (adres, tel/fax, w przypadku zakładu prywatnego podać również imię i nazwisko właściciela oraz miejsce zamieszkania)

.....
.....

3. Organizacja podmiotu gospodarczego

1. jednozakładowy *
2. wielozakładowy*

4. Miejsce (-a) prowadzenia działalności (adresy, tel./fax):

.....
.....
.....
.....

5. Data:

1. rejestracji działalności
2. rozpoczęcia działalności
3. zmiany działalności*/lokalizacji*

6. Zatrudnienie:

- 1 Ogółem
- 2 Kobiet
- 3 Młodocianych

7. Rodzaj działalności:

- działalność podstawowa PKD
- działalność drugorzędna..... PKD
- działalność trzeciorzędna PKD

8. Podać czy w zakładzie występują¹ :

TAK

NIE

- | | | |
|--|-------|-------|
| ▪ substancje lub preparaty chemiczne,
w tym rakotwórcze | | |
| ▪ przemysłowe pyły zwłókniające,
w tym zawierające azbest | | |
| ▪ inne pyły | ..... | ..... |
| ▪ czynniki chemiczne
w tym rakotwórcze | | |
| ▪ hałas | ..... | ..... |
| ▪ wibracja (drgania) | ..... | ..... |
| ▪ mikroklimat gorący | ..... | ..... |
| ▪ mikroklimat zimny | ..... | ..... |
| ▪ promieniowanie jonizujące | ..... | ..... |
| ▪ pole elektromagnetyczne | ..... | ..... |
| ▪ czynniki biologiczne | ..... | ..... |
| ▪ procesy technologiczne, w których dochodzi do uwalniania substancji,
preparatów lub czynników rakotwórczych lub mutagennych | | |

9. Pomiary środowiska pracy:

1 wykonane*

2 zlecone do wykonania*

3 nie dotyczy*

10. Zastosowane środki ochrony:

- środki ochrony zbiorowej

.....
.....

(np. wentylacja, klimatyzacja)

- środki ochrony indywidualnej

.....
.....

(np. maski, półmaski, okulary, rękawice)

- środki techniczne

.....
.....

(np. osłony, ekrany, przegrody)

11. Wydane instrukcje bhp

.....
.....

¹ w odpowiednią rubrykę wstawić X

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka imienna i podpis)