……………………………………

Miejscowość i data

…………………………………..

Katedra/Zakład/Dział/Sekcja/Sam.Stanowisko

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z oceną ryzyka zawodowego
na swoim stanowisku pracy oraz sposobami ochrony przed zagrożeniami, a także metodami bezpiecznego wykonywania pracy na tym stanowisku.

Zobowiązuję się do przestrzegania warunków i wskazań zawartych w ocenie ryzyka zawodowego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Data | Podpis |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |