Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

……
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