

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA
O ZAPOZNANIU SIĘ Z DOKONANĄ PRZEZ PRACODAWCĘ OCENĄ
RYZYKA ZAWODOWEGO

.....
(miejscowość i data)

Niżej podpisany/a
(imię i nazwisko pracownika)

Zamieszkały/a w
(miejsce zamieszkania)

Zatrudniony/a w
(oznaczenie pracodawcy)

Potwierdzam, że zostałem/am w dniu poinformowany/a przez
pracodawcę o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną przez mnie pracą na
stanowisku.....

Pracodawca poinformował mnie ponadto o zasadach przed zagrożeniami występującymi na
moim stanowisku pracy.

.....
(podpis pracownika)