

PRILOGA I

Podatki o vlagatelju zahtevka za obvezno vključitev v dodatno pokojninsko zavarovanje za delovno mesto: _____

(naziv delovnega mesta)

I. PODATKI O DELODAJALCU

| | | |
|-----|--|-------------------|
| 1. | NAZIV PODJETJA: | |
| 2. | NASLOV PODJETJA (ulica, hišna št., poštna koda in kraj): | |
| 3. | ŠTEVILKA TELEFONA: | □□□□□□□□□□□□□□ |
| 4. | ŠTEVILKA FAKSA: | □□□□□□□□□□□□□□ |
| 5. | MATIČNA ŠTEVILKA PODJETJA: | □□□□□□□□□□ |
| 6. | ŠIFRA (klasifikacija) DEJAVNOSTI PODJETJA: | □□□□□□ |
| 7. | REGISTRSKA ŠTEVILKA PODJETJA: | □□□□□□□□□□ |
| | 7a. ŠTEVILO ZAPOSLENIH ŽENSK: | □□□□□ |
| | 7b. ŠTEVILO ZAPOSLENIH MOŠKIH: | □□□□□ |
| | 7c. ŠTEVILO ZAPOSLENIH MLAJŠIH OD 18 LET: | □□□□□ |
| 8. | ŠTEVILO TIPIČNIH DELOVNIH MEST: | □□□□□ |
| 9. | ALI OBSTAJAJO DELOVNA MESTA, KI SO ŽE VKLJUČENA V OBVEZNO DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE, OZIROMA V ZAVAROVALNO DOBO S POVEČANJEM: 1 - DA 2 – NE | □ |
| 10. | ŠTEVILO POŠKODB PRI DELU V PRETEKLEM LETU: | □□□□ |
| | 10a. ŠTEVILO IZGUBLJENIH DELOVNIH DNI: | □□□ |
| 11. | ŠTEVILO PRIJAVLJENIH POKLICNIH BOLEZNI (v zadnjih 5. letih): | □□ |
| 12. | ŠTEVILO DELOVNIH INVALIDOV V PODJETJU: 1. KATEGORIJA: 2. KATEGORIJA: 3. KATEGORIJA: | □□□ □□□ □□□ |
| | 12a. ŠTEVILO (v lanskem letu) NOVIH DELOVNIH INVALIDOV: 1. KATEGORIJA: 2. KATEGORIJA: 3. KATEGORIJA: | □□□ □□□ □□□ |
| 13. | ŠTEVILO IZGUBLJENIH DELOVNIH DNI ZARADI ZDRAVSTVENO UPRAVIČENE ODSOTNOSTI OD DELA (bolniški stalež) V PRETEKLEM LETU: | □□□□□□□□ |

II. PODATKI IN ZAKLJUČKI IZ IZJAVE O VARNOSTI Z OCENO TVEGANJA

| | |
|-----|---|
| 14. | ŠTEVILKA IZJAVE O VARNOSTI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. | IZDELAVA STROKOVNE PODLAGE ZA IZJAVO PRI DELODAJALCU 1 – DA 2 – NE <input type="checkbox"/> |
| | 15.a ČE JE ODGOVOR DA: - imena in priimki; številke in datumi strokovnih izpitov delavcev, ki so jo izdelali |
| | 15.b ČE JE ODGOVOR NE: - podatki o organizaciji z dovoljenjem za delo, ki jo je izdelala (naziv, številka, datum izdaje odločbe o dovoljenju za delo in vrste nalog iz dovoljenja): |
| 16. | DATUM SPREJEMA IZJAVE O VARNOSTI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. | DATUM ZADNJE DOPOLNITVE IZJAVE O VARNOSTI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. | OPREDELITEV NIVOJA TVEGANJA ZA PREDLAGANO(A) DELOVNO(A) MESTO(A) (izvleček(i) iz ocenjevanja tveganja): _____ _____ _____ _____ _____ |

III. PODATKI O STROKOVNIH DELAVCIH

| | |
|-----|---|
| 19. | STROKOVNI DELAVEC(I) ZA VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU: 1 - DA 2 – NE <input type="checkbox"/> |
| | 19.a ČE JE ODGOVOR NE: - naziv organizacije z dovoljenjem za delo (številka, datum izdaje odločbe o dovoljenju za delo in vrste nalog iz dovoljenja): |
| 20. | IMENA IN PRIIMKI STROKOVNIH DELAVCEV; ŠTEVILKE IN DATUMI STROKOVNIH IZPITOV: |

IV. PODATKI O POOBLAŠČENEM ZDRAVNIKU

| | |
|-----|---|
| 21. | POOBLAŠČEN ZDRAVNIK: 1 - DA 2 – NE <input type="checkbox"/> |
| 22. | IME IN PRIIMEK POOBLAŠČENEGA ZDRAVNIKA; DATUM IZDAJE LICENCE IN VELJAVNOSTI |

V. PODATKI O IZPOLNJEVANJU OSTALIH ZAKONSKIH OBVEZNOSTI

| | |
|-----|--|
| 23. | PERIODIČNE PREISKAVE KEMIČNIH, FIZIKALNIH IN BIOLOŠKIH ŠKODLJIVOSTI NA DELOVNEM MESTU NA KATERO SE VLOGA NANAŠA: |
| | |
| 24. | PERIODIČNI PREIZKUSI IN PREGLEDI DELOVNE OPREME NA DELOVNEM MESTU NA KATERO SE VLOGA NANAŠA |
| | |
| 25. | PREIZKUSI IN PREGLEDI SREDSTEV IN OPREME ZA OSEBNO VARNOST PRI DELU NA DELOVNEM MESTU NA KATERO SE VLOGA NANAŠA: |
| | |
| 26. | USPOSABLJANJE ZA VARNO DELO: 1 - DA 2 – NE <input type="checkbox"/> |
| 27. | PREIZKUSI PRAKTIČNEGA ZNANJA: 1 - DA 2 – NE <input type="checkbox"/> |
| 28. | PREVENTIVNI (obdobni, ciljani, itd.) ZDRAVSTVENI PREGLEDI: 1 - DA 2 – NE <input type="checkbox"/> |

V _____, DNE _____

PODPIS ODGOVORNE OSEBE: