

Priloga 1

Naziv in sedež delodajalca _____
Davčna številka | | | | | | | | | |

NAPOTNICA
za zdravstveni pregled strojevodje

Priimek in ime: _____

EMŠO | | | | | | | | | | | | | | | | | | kraj rojstva _____

Naslov: _____ (kraj, ulica, številka, naziv pošte) _____ (poštna številka)

Zaposlen pri nas od dne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
D D M M L L L L L

Pošiljamo ga/jo na:

1. redni pregled:

- za pridobitev dovoljenja za strojevodjo

Naziv delovnega mesta, kjer se bo imenovani(a) zaposlil(a): _____, koda | | | | | | | | | | *

- za ohranitev dovoljenja za strojevodjo _____, koda | | | | | | | | | | *

Datum zadnjega pregleda pri pooblaščenem zdravniku | | | | | | | | | | | | | | | | | |
D D M M L L L L L

2. izredni pregled zaradi _____

Izjava o varnosti z oceno tveganja za navedeno delovno mesto je bila opravljena dne: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
D D M M L L L L L

Pomembni podatki iz ocene tveganja

Kratek opis delovnega procesa (priprava dela, dela in naloge, ki jih opravlja večji del delovnega časa, tedenski delovni čas – v urah, delo v izmenah):

Delovna oprema (orodja, inštrumenti, naprave itd.):

Predmeti dela (surovine, polizdelki, izdelki, informacije itd.):

Izpostavljenost tveganjem (navesti kritične dejavnike tveganja, zahteve, obremenitve in škodljivosti pri delu):

Po zadnji oceni tveganja so bili izvedeni naslednji ukrepi na področju tehničnega varstva in humanizacije dela:

Osebna varnostna oprema:

Posebni zdravstveni pogoji, ki jih mora delavec izpolnjevati:

V _____, dne | | | | | | | | | |
D D M M L L L L L L

žig

(podpis delodajalca)

POJASNILO:

*Koda, ki jo za delovno mesto uporablja delodajalec