|  |  |
| --- | --- |
| nrID – KSPT: |  / / //  |
|  | (Numer przedsiębiorstwa1) (Numer identyfikacyjny) (Data wydania2) (Kody3) |

 Karta Stanowiska Pracownika Tymczasowego

Część A: Wypełnia firma korzystająca

|  |  |
| --- | --- |
| Numer przedsiębiorstwa 1:  | 0XXXXXXXXX |

#  Informacje ogólne o firmie

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy: | … |
| Adres: | … |
| Nazwisko osoby do kontaktu: | … | Tel.: | … | E-mail: | … |
| Służba zewnętrzna POP (Prewencja i ochrona pracowników): | … |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Numer identyfikacyjny : |   |  Data wydania 2: |   |

#  Cechy stanowiska pracy lub funkcji

|  |  |
| --- | --- |
| Funkcja, jaką obejmie pracownik: | … |
| Zadania do wykonania: | … |
| Wymagane kwalifikacje oraz warunki zawodowe: | … |
| Lokalizacja stanowiska pracy: | … |
| Środki pracy oraz sprzęt roboczy do użycia: | … |
| Instrukcje przed rozpoczęciem pracy: | … |
| Szkolenie, jakie ma odbyć pracownik: | … |

 [ ]  Możliwość zatrudnienia pracownika będącego studentem

#  Odzież robocza i środki ochrony osobistej (+ określić rodzaj ochrony)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Kask:… | [ ]  Kurtka / płaszcz roboczy:… | [ ]  Maści ochronne:… |
| [ ]  Maska:… | [ ]  Obuwie ochronne:… | [ ]  Ochrona słuchu:… |
| [ ]  Okulary / ekran ochrony:… | [ ]  Pasy / uprząż bezpieczeństwa:… | [ ]  Płaszcz roboczy - Bluzka:… |
| [ ]  Rękawice/rękawice o jednym palcu: … | [ ]  Spodnie / kombinezon:… | [ ]  Inne:… |

#  Podjęte środki związane z ochroną macierzyństwa [ ]  Tak [ ]  Nie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pracownica w ciąży | dostosowanie stanowiska pracownica:  | … |
| urlop od:  | … |
| Pracownica karmiąca piersią | dostosowanie stanowiska pracownica:  | … |
| urlop w okresie karmienia od:  | … |

#  Daty udzielenia porad

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data udzielenia porady:  | … | [ ]  Przez komitet POP | [ ]  Od przedstawiciela w związkach zawodowych | [ ]  Przez bezpośredni udział pracownika |
| Data udzielenia porady ze strony doradcy ds. prewencji – lekarza zakładowego: | … |
| Data udzielenia porady ze strony doradcy ds. prewencji – służby wewnętrznej: | … |

#  Obowiązkowy nadzór zdrowotny [ ]  Tak [ ]  Nie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zagrożenia dla zdrowia | Kody 4 | TAK |
| Rodzaj miejsca pracy | Stanowisko związ. z bezpiecz.Stanowisko wymagające zwiększonej uwagiMłoda osoba poniżej 18 roku życiaPraca w nocyPraca zmianowaPraca w weekendy | 125202420252027 | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| Ergonomia | Obsługa ładunków(praca z ciężarami) / Praca monotonna i powtarzalna | 2022 / 2023 | [ ]  |
| Czynniki biologiczne Szczepienia / badania | Tężec Gruźlica WZW B | 131213111321 | [ ] [ ] [ ]  |
| Czynniki fizyczne | Wibracje całego ciała | 1207 | [ ]  |
| Hałas | Między 80dB (A) i 85dB (A)Między 85dB (A) i 87dB (A)więcej niż 87dB (A) | 120312041205 | [ ] [ ] [ ]  |
| Temperatura | ZimnoGorąco | 12131214 | [ ] [ ]  |
| Czynniki chemiczne | Spawanie i opary spawalnicze | 1128 | [ ]  |
| Inne zagrożenia dla zdrowia  | …….. | …….. | [ ]  |

Część B: Wypełnia agencja pracy tymczasowej

#  Informacje kontaktowe firmy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa agencji pracy tymczasowej: | … |
| Adres: | … |
| Nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu: | … | Tel.: | … | E-mail: | … |
| Służba zewnętrzna PBW: | … |

|  |
| --- |
| … |

#  Informacje ogólne – pracownik tymczasowy Krajowy numer rejestracyjny:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko, imię: | … |
| Data urodzenia: | … | Tel.: | … |
| Posiadane wykształcenie: | … | Doświadczenie: | … |
| Data wydania kopii oraz kontaktu z pracownikiem tymczasowym: | … |

Część C: Wypełnia firma korzystająca – przyjęcie pracownika

Uzupełnić, gdy karta stanowiska będzie używana przez firmę korzystającą jako dokument rejestracyjny przed przyjęciem pracownika

#  Dokonanie przyjęcia [ ]  Tak [ ]  Nie

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko osoby odpowiedzialnej za przyjęcie pracownika … | Stanowisko osoby odpowiedzialnej za przyjęcie:… |
| Podpis:… | Data i okres przyjęcia:… |