|  |  |
| --- | --- |
| 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 uwagi  Młoda osoba poniżej 18 roku życia  Praca w nocy  Praca zmianowa  Praca w weekendy | | 1  2  5  2024  2025  2027 |  |
| Ergonomia | Obsługa ładunków(praca z ciężarami) / Praca monotonna i powtarzalna | 2022 / 2023 |  |
| Czynniki biologiczne  Szczepienia / badania | Tężec  Gruźlica  WZW B | | 1312  1311  1321 |  |
| Czynniki fizyczne | Wibracje całego ciała | | 1207 |  |
| Hałas | Między 80dB (A) i 85dB (A)  Między 85dB (A) i 87dB (A)  więcej niż 87dB (A) | 1203  1204  1205 |  |
| Temperatura | Zimno  Gorąco | 1213  1214 |  |
| 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:  … |