

PROTOKÓŁ Z PRZEGLĄDU STANOWISKA PRACY

Nr / 20..... r.

1. INFORMACJE OGÓLNE

Nazwa zakładu pracy:

Adres zakładu pracy:

Komórka organizacyjna:

Nazwa stanowiska pracy:

Data przeprowadzenia przeglądu: / /

2. ZESPÓŁ DOKONUJĄCY PRZEGLĄDU

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja	Podpis
1.			
2.			
3.			

3. STAN TECHNICZNY STANOWISKA PRACY

3.1. Wyposażenie techniczne stanowiska

Lp.	Element	Stan techniczny	Uwagi
1.	Maszyny i urządzenia		
2.	Narzędzia pracy		
3.	Instalacja elektryczna		
4.	Osłony i zabezpieczenia		
5.	Urządzenia sterownicze		
6.	Urządzenia ochronne		
7.	Inne elementy:.....		

3.2. Czynniki środowiska pracy

Lp.	Czynnik	Ocena warunków	Uwagi
1.	Oświetlenie		
2.	Mikroklimat		
3.	Hałas		
4.	Drgania		
5.	Promieniowanie		
6.	Pyły		
7.	Substancje chemiczne		
8.	Czynniki biologiczne		
9.	Inne:.....		

3.3. Organizacja stanowiska pracy

Lp.	Element	Ocena	Uwagi
1.	Ergonomia stanowiska		
2.	Obciążenie fizyczne		
3.	Obciążenie psychiczne		
4.	Tempo pracy		
5.	Monotonia pracy		
6.	Inne:.....		

4. WYPOSAŻENIE W ŚRODKI OCHRONY

4.1. Środki ochrony indywidualnej

Lp.	Rodzaj środka ochrony	Stan	Uwagi
1.	Ochrona głowy		
2.	Ochrona oczu i twarzy		
3.	Ochrona słuchu		
4.	Ochrona układu oddechowego		
5.	Ochrona rąk		
6.	Ochrona nóg		
7.	Ochrona tułowia		
8.	Inne:.....		

4.2. Środki ochrony zbiorowej

Lp.	Rodzaj zabezpieczenia	Stan	Uwagi
1.	Bariery, osłony		
2.	Wygradzenia stref		
3.	Sygnalizacja ostrzegawcza		
4.	Wentylacja ogólna		
5.	Wentylacja miejscowa		
6.	Inne:.....		

5. DOKUMENTACJA STANOWISKA PRACY

Lp.	Rodzaj dokumentu	Ocena	Uwagi
1.	Instrukcje stanowiskowe BHP		
2.	Instrukcje obsługi maszyn i urządzeń		
3.	Karty charakterystyki substancji chemicznych		
4.	Ocena ryzyka zawodowego		
5.	Wykaz prac szczególnie niebezpiecznych		
6.	Inne:.....		

6. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Lp.	Opis nieprawidłowości	Zalecenia	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

7. WNIOSKI KOŃCOWE

- ☐ Stanowisko pracy spełnia wymagania przepisów BHP
- ☐ Stanowisko pracy wymaga niewielkich dostosowań
- ☐ Stanowisko pracy wymaga znaczących zmian
- ☐ Stanowisko pracy nie spełnia wymogów BHP - konieczne wstrzymanie pracy

8. ZALECENIA POKONTROLNE

.....

.....

.....

.....

9. TERMIN NASTĘPNEGO PRZEGLĄDU

Data: / /

10. ZATWIERDZENIE PROTOKOŁU

Funkcja	Imię i nazwisko	Podpis	Data
Sporządził			
Pracodawca/osoba upoważniona			
Specjalista ds. BHP			

11. POTWIERDZENIE WYKONANIA ZALECEŃ

Lp.	Data wykonania	Sposób realizacji	Osoba potwierdzająca
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

EXPERT - Doradztwo, Nadzór, Szkolenia z zakresu BHP i P.POŻ.

Krzysztof Kosiński

Chotków, ul. Kożuchowska 88

68-113 Brzeźnica

Tel.: 606 814 698

<https://bhp-expert.eu>