

Nazwa i adres komórki organizacyjnej, w której występuje narażenie objęte zgłoszeniem

.....

Osoba wyznaczona do nadzoru nad bhp przy czynnikach biologicznych

tel.:

faks:

Nazwa stanowiska pracy, na którym występuje narażenie objęte zgłoszeniem	Nazwisko i imię pracownika	Nazwa czynnika biologicznego na danym stanowisku	Szczep wzorcowy (x)	Grupa zagrożenia	Czas narażenia liczba godzin w miesiącu	Czas narażenia liczba dni w roku	Rodzaj wykonywanej pracy – wykaz czynności	Choroba która może wystąpić w wyniku działania czynnika biologicznego	Środki zapobiegawcze ograniczające ryzyko narażenia
1	2	3	4	5	6	6a	7	8	9
Nauczyciel akademicki	1. 2. 3. . .								
Pracownik naukowo-techniczny	1. 2. 3. . .								
Pracownik inż.-techniczny	1. 2. 3. . .								
Obsługa *	1. 2. 3. . .								

* Obsługa – technik laborant, laborant , magazynier, robotnik magazynowy, sprzątaczką itp. stanowiska

.....
podpis kierownika jednostki organizacyjnej