UNIVERZITA KARLOVA
Lékařská fakulta v Plzni
alej Svobody 1655/76, 323 00 Plzeň
IČO: 002 16 208

ZÁZNAM O PROVEDENÉM ŠKOLENÍ BOZP A POŽÁRNÍ OCHRANY

PRACOVIŠTĚ

Školený stvrzuje svým vlastnoručním podpisem, že byl prokazatelně seznámen s právními a ostatními předpisy, organizací BOZP a PO na fakultě, s informačními zdroji, s osnovami školení podle směrnice BOZP, s tématickým plánem a časovým rozvrhem školení PO, s používáním osobních ochranných pracovních prostředků. Dále že obdržel informace o kategorii práce, rizicích, pokyny k bezpečné práci, že byl informován o požárním nebezpečí, povinnostech, příkazech a zákazech. Předpisům rozumí a bude je dodržovat. Znalosti byly ověřeny formou ústních dotazů.

Školitel prohlašuje, že je proškolený vedoucí zaměstnanec nebo preventista či technik požární ochrany oprávněný k provedení výše uvedeného školení dle zákona o požární ochraně. Prohlašuje, že je osobou oprávněnou k provedení školení BOZP, podle platných předpisů.

DATUM ŠKOLENÍ	JMÉNO ŠKOLENÉHO	PODPIS	PODPIS ŠKOLITELE

DATUM ŠKOLENÍ	JMÉNO ŠKOLENÉHO	PODPIS	PODPIS ŠKOLITELE