

Luik A: in te vullen door gebruiker

1. Bedrijfsgegevens KBO/ondernemingsnummer:

Bedrijfsnaam:

Adres:

Naam en tel. contactpersoon:

Externe dienst PBW:

2. Werkpost of functie Intern nummer: Uitgiftedatum:

Te vervullen functie:

Uit te voeren taken:

Vereiste kwalificaties en beroepsvoorwaarden:

Lokalisatie van de werkpost:

Te gebruiken arbeidsmiddelen:

Voorafgaande instructies:

Te voorziene opleiding:

Student-werknemer toegelaten

3. Werkkledij en persoonlijke beschermingsmiddelen (+ beschermingstype aanduiden)

Bril / veiligheidsscherm:

Specifieke uitrusting (te specificeren):

Broek / overall:

Stofjas:

Gehoorbescherming:

Veiligheidsgordel / harnas:

Handschoenen / wanten:

Veiligheidsschoenen:

Helm:

Zalven:

Jas:

Andere:

Masker:

4. Verplicht gezondheidstoezicht ja nee

Vaccinaties/testen¹ Tetanus Tuberculose Hepatitis B Andere:

Gezondheidsrisico Veiligheidsfunctie Jongere
 Functie met verhoogde waakzaamheid Activiteit met welbepaald risico (zie hieronder)

Details welbepaald risico:	NAAM	CODE ²
→ Chemische agentia		<input type="text"/>
→ Biologische agentia		
→ Fysische agentia	<input type="checkbox"/> lawaai <input type="checkbox"/> temperatuur <input type="checkbox"/> lichaamstrillingen <input type="checkbox"/>	

¹ Gezondheitstoelzigt voor activiteit met voedingswaren is afgeschaft vanaf 1 januari 2016. Een medisch attest van de huisarts volstaat. Zie CIN 2015 01 Biologische agentia

² Gebruik de codes zoals voorzien in het MB van 9 juni 2010 'Jaarverslag Externe Diensten PBW'.

Details welbepaald risico:	NAAM	CODE ²
→ Blootstelling hinder	<input type="checkbox"/> ergonomische belasting <input type="checkbox"/> hanteren van lasten <input type="checkbox"/> nacht- of ploegenarbeid <input type="checkbox"/>	
→ Psychosociale belasting	<input type="checkbox"/>	

5. **Genomen maatregelen verbonden aan moederschapsbescherming**

ja nee

Zwangere werkneemster: aanpassing van de werkpost:

verwijdering vanaf:

Werkneemster die borstvoeding geeft: aanpassing van de werkpost:

verwijdering voor een periode van:

6. **Data van advies**

Datum advies comité PBW syndicale afvaardiging rechtstreekse werknemersparticipatie:

Datum advies preventieadviseur - arbeidsgeneesheer:

Datum advies preventieadviseur - interne dienst:

Luik B: in te vullen door uitzendbureau

7. **Bedrijfsgegevens**

Naam uitzendkantoor:

Adres:

Naam en tel. contactpersoon:

Externe dienst PBW:

8. **Uitzendkracht**

Rijksregisternummer:

Naam, voornaam:

Geboortedatum:

Tel.:

Verworven opleiding:

Ervaring:

Datum van afgifte van een kopie en communicatie aan de uitzendkracht:

Luik C: in te vullen door gebruiker - onthaal

9. **Realisatie van het onthaal** ja nee

Te vervolledigen als de werkpostfiche door de gebruiker wordt gebruikt als registratiedocument voor het onthaal

Naam verantwoordelijke onthaal:

Functie verantwoordelijke onthaal:

Handtekening:

Periode van onthaal: