



Karta Stanowiska Pracownika Tymczasowego

nr ID – KSPT :

(Numer przedsiębiorstwa¹) / (Numer identyfikacyjny) / (Data wydania²) // (Kody³)

Część A: Wypełnia firma korzystająca

1. Informacje ogólne o firmie

Numer przedsiębiorstwa¹:

Nazwa firmy:

Adres:

Nazwisko osoby do kontaktu:

Tel.:

E-mail:

Służba zewnętrzna POP (Prewencja i ochrona pracowników):

2. Cechy stanowiska pracy lub funkcji

Numer identyfikacyjny:

Data wydania²:

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

3. Odzież robocza i środki ochrony osobistej (+ określić rodzaj ochrony)

Kask:

Kurtka / płaszcz roboczy:

Maści ochronne:

Maski:

Obuwie ochronne:

Ochrona słuchu:

Okulary / ekran ochrony:

Pasy / uprząż bezpieczeństwa:

Płaszcz roboczy - Bluzka:

Rękawice/rękawice o jednym palcu:

Spodnie / kombinezon:

Inne:

4. Podjęte środki związane z ochroną macierzyństwa

Tak

Nie

Pracownica w ciąży

dostosowanie stanowiska pracownika:

urlop od:

Pracownica karmiąca piersią

dostosowanie stanowiska pracownika:

urlop w okresie karmienia od:

5. 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:

1 Format "Numer przedsiębiorstwa": (ex: 0XXXXXXX) - Bez spacji, bez interpunkcji

2 Format daty: ddmrrrr (ex: 18071991)

3 Format kody: kod,kod,kod (ex: 1,2,1128) - Bez spacji

6. **Obowiązkowy nadzór zdrowotny** Tak Nie

	Zagrożenia dla zdrowia	Kody ⁴	TAK	
Rodzaj miejsca pracy	Stanowisko związ. z bezpiecz.	1	<input type="checkbox"/>	
	Stanowisko wymagające zwiększonej uwagi	2	<input type="checkbox"/>	
	Młoda osoba poniżej 18 roku życia	5	<input type="checkbox"/>	
	Praca w nocy	2024	<input type="checkbox"/>	
	Praca zmianowa	2025	<input type="checkbox"/>	
	Praca w weekendy	2027	<input type="checkbox"/>	
	Ergonomia	Obsługa ładunków(praca z ciężarami) / Praca monotonna i powtarzalna	2022 / 2023	<input type="checkbox"/>
Czynniki biologiczne Szczepienia / badania	Tężec	1312	<input type="checkbox"/>	
	Gruźlica	1311	<input type="checkbox"/>	
	WZW B	1321	<input type="checkbox"/>	
Czynniki fizyczne	Wibracje całego ciała	1207	<input type="checkbox"/>	
	Hałas	Między 80dB (A) i 85dB (A)	1203	<input type="checkbox"/>
		Między 85dB (A) i 87dB (A)	1204	<input type="checkbox"/>
		więcej niż 87dB (A)	1205	<input type="checkbox"/>
	Temperatura	Zimno	1213	<input type="checkbox"/>
Gorąco		1214	<input type="checkbox"/>	
Czynniki chemiczne	Spawanie i opary spawalnicze	1128	<input type="checkbox"/>	
Inne zagrożenia dla zdrowia			<input type="checkbox"/>	

Część B: Wypełnia agencja pracy tymczasowej

7. **Informacje kontaktowe firmy**

Nazwa agencji pracy tymczasowej:

Adres:

Nazwisko osoby do kontaktu:

Tel.:

E-mail:

Służba zewnętrzna PBW:

8. **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

9. **Dokonanie przyjęcia** Tak Nie

Nazwisko osoby odpowiedzialnej za przyjęcie pracownika:

Stanowisko osoby odpowiedzialnej za przyjęcie:

Podpis:

Data i okres przyjęcia: