










Ocena ryzyka wg przepisów COSHH

Nr:.....

Dyrekcja:		Zakład/Sekcja:	
Opisać działalność lub proces pracy. (Podać, jak długo i jak często jest realizowana/y oraz ilość użytej substancji)			
Jaka jest lokalizacja prowadzonego procesu?			
Zidentyfikować zagrożone osoby:	Pracownicy (w tym stażyści)	Wykonawcy	Pracownicy zewnętrzni (w tym studenci)
Nazwa substancji używanej podczas procesu i jej producenta. (Kopia aktualnej karty charakterystyki bezpieczeństwa dla tej substancji powinna być załączona do niniejszej oceny)			
Nr telefonu do Krajowego Centrum Informacji Toksykologicznej			
Klasyfikacja (podać kategorię niebezpieczeństwa)			
 <input type="checkbox"/> Ostra toksyczność	 <input type="checkbox"/> Zagrożenie dla zdrowia	 <input type="checkbox"/> Materiały wybuchowe	
 <input type="checkbox"/> Działanie korodujące i żrące	 <input type="checkbox"/> Gazy pod ciśnieniem	 <input type="checkbox"/> Materiały łatwopalne	
 <input type="checkbox"/> Poważne zagrożenie dla zdrowia	 <input type="checkbox"/> Materiały utleniające się	 <input type="checkbox"/> Zagrożenie dla środowiska naturalnego	
Rodzaj zagrożenia			
<input type="checkbox"/> Gaz	<input type="checkbox"/> Para	<input type="checkbox"/> Mgła	<input type="checkbox"/> Opary
<input type="checkbox"/> Kurz	<input type="checkbox"/> Ciecz	<input type="checkbox"/> Ciało stałe	<input type="checkbox"/> Inny (Stan)
Droga narażenia			
<input type="checkbox"/> Wdychanie	<input type="checkbox"/> Skóra	<input type="checkbox"/> Oczy	<input type="checkbox"/> Spożycie
<input type="checkbox"/> Inna	(Stan)		
Wartości Graniczne Narażenia w Miejsu Pracy (Workplace Exposure Limits, WEL) proszę wpisać nd., tam, gdzie nie dotyczą.			
Długoterminowy poziom narażenia (czasowa średnia ważona: 8 h):		Krótkoterminowy poziom narażenia (15 min):	
Określić zagrożenia dla zdrowia wynikające z zidentyfikowanych zagrożeń			









Środki kontroli: (na przykład odciąganie, wentylacja, szkolenie, nadzór). Podać specjalne środki dla grup szczególnie wrażliwych, takich jak osoby niepełnosprawne i pracownice w ciąży.

Czy kontrola warunków zdrowotnych lub monitorowanie zdrowia jest wymagane?

Tak ☐

Nie ☐

Środki ochrony indywidualnej (określić typ i standard)

 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>	
Maska przeciwpyłowa		Przyłbica	
 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>	
Maska ochronna		Gogle	
 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>	
Rękawice		Kombinezony	
 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>	
Obuwie		Inne	

Środki pierwszej pomocy (w tym w przypadku pożaru i przedostania się do środowiska)

Homes by
SKANSKA

Przechowywanie

Usuwanie substancji i zanieczyszczonych pojemników

Odpady niebezpieczne ☐ Pominąć ☐ Powrót do magazynu ☐ Zwrot do dostawcy ☐ Inne ☐

(Jeśli inne, proszę podać):

Czy narażenie jest odpowiednio kontrolowane?

Tak ☐

Nie ☐

Ocena ryzyka wg następujących środków kontroli

Wysokie ☐

Średnie ☐

Niskie ☐

Ocenione przez:

Data:

Data Przeglądu: