

WYKAZ PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH ZADANIA, PRZY KTÓRYCH WYMAGANE JEST  
STOSOWANIE ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ, ODZIEŻY I OBUWIA ROBOCZEGO

Kościerzyna, dnia .....

Wydział: .....

<i>L.p.</i>	<i>imię i nazwisko</i>	<i>stanowisko pracy</i>

.....  
(podpis Naczelnika Wydziału)

ZATWIERDZAM WYKAZ WSKAZANYCH PRACOWNIKÓW

.....  
Burmistrz Miasta