

Ostróda, dn.

(nazwisko i imię)

(stanowisko)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że zostałam(em):

1/ zapoznana(y) z treścią regulaminu pracy,

2/ zapoznana(y) z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej,

3/ poinformowana(y) o ryzyku zawodowym tj. o rodzajach czynników szkodliwych dla zdrowia, uciążliwych i niebezpiecznych, o poziomie(stężeniach, natężeniach) tych czynników, o wypadkach i chorobach związanych z wykonywaną pracą z uwzględnieniem

ich częstotliwości i skutków, a także o niezbędnych do zastosowania środków ochrony przed występującymi przy danej pracy zagrożeniami,

4/ poinformowana(y) o przepisach ustawy z 14 grudnia 1982 r., o ochronie tajemnicy państwowej i służbowej (Dz.U. Nr 40 poz.271), oraz o sankcjach za naruszenie tajemnicy państwowej i służbowej zawartych w art.260-264 ustawy z dnia 19.04.1969 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 13, poz.94 z późn. zm.).

(podpis pracownika)

(pieczęć i podpis pracownika
przyjmującego oświadczenie)

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
Ostróda

mgr Kazimierz Wosiek