

.....
miejsowość i data

.....
Imię i nazwisko pracownika

.....
stanowisko

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż w dniu zapoznałem/ zapoznałam się z oceną ryzyka zawodowego na stanowisku oraz że zobowiązuję się do przestrzegania warunków i wskazań zawartych w ocenie ryzyka zawodowego.

.....
podpis pracownika