

Załącznik nr 2

do Zarządzenia nr 1/2019

Rektora Wyższej Szkoły Inżynierii i Zdrowia w Warszawie
z dnia 26 stycznia 2019 roku

FORMULARZ POTWIERDZAJĄCY ZGŁOSZENIE LUB STWIERDZENIE ZAGROŻENIA DLA ZDROWIA LUB ŻYCIA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH NA TERENIE WYŻSZEJ SZKOŁY INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE*

1. Imię i nazwisko składającego formularz:

.....

2. Data zgłoszenia lub stwierdzenia zagrożenia:

.....

3. Forma zgłoszenia zagrożenia:

.....

4. Miejsce wystąpienia zagrożenia *(należy określić wszystkie możliwe szczegóły)*:

.....

.....

5. Rodzaj zagrożenia *(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do Zarządzenia nr 1/2019)*:

.....

6. Sposób usunięcia zagrożenia *(jeżeli dotyczy)*

.....

.....

.....

.....

.....

7. Sposób podjęcia działań zapobiegających wystąpieniu zagrożenia *(jeżeli dotyczy)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis osoby składającej formularz)

.....
(podpis osoby przyjmującej formularz)

* Formularz powinien zostać przedłożony pracownikom administracyjnym Wyższej Szkoły Inżynierii i Zdrowia w Warszawie w formie papierowej w ciągu maksymalnie 3 dni od dnia wystąpienia lub stwierdzenia zagrożenia.