|  |
| --- |
| **Pověření odpovědné osoby za informování OZO BOZP**  **o skutečnostech ve vztahu ke kategorizaci prací** |

Vážený pane / vážená paní

|  |
| --- |
|  |

Tímto dokumentem Vás pověřuji / určuji, do funkce osoby odpovědné za včasné a řádné informování osoby odborně způsobilé k zajišťování úkolů prevence rizik v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (OZO BOZP), kterou v naší společnosti Název společnosti, IČ: 123 45 678, vykonává:

**Firma**

**Jméno a příjmení**

Ulice + čp

PSČ + Obec

email:

GSM.: +420

* Toto pověření se provádí ve smyslu:
  + § 102, zákona č. 262/2006 Sb., úz;
* Pověření platí ode dne převzetí až do odvolání nebo ukončení pracovního poměru pověřené osoby.
* Ve smyslu tohoto pověření, máte zejména povinnost informovat OZO BOZP zejména o následujících skutečnostech:
  + vytvoření nové pracovní pozice (nové práce);
  + změna stávající pracovní pozice (změna obsahu pracovní náplně zaměstnance);
  + zrušení stávající pracovní pozice (stávající práce);
  + změny v pracovní době zaměstnanců (zejména změna pracovní doby od – do, změny ve směnnostech práce, zařazení zaměstnance na noční práci);
  + provedení měření úrovně hygienických faktorů (např. o výsledcích měření hluku, prachu, vibrací, teploty apod., prováděních akreditovanou laboratoří);
  + změna smluvního poskytovatele pracovnělékařských služeb nebo kontaktu na něj.

Pokud pověřený(á) zaměstnanec(kyně) nemůže z tohoto pověření plynoucí povinnosti splnit, je povinen bez zbytečného odkladu o těchto skutečnostech informovat zaměstnavatele.

**Prohlášení pověřeného(é) zaměstnance(kyně):**

Já, výše uvedený(á) pověřený(á) zaměstnanec(kyně), níže svým podpisem stvrzuji, že toto pověření přijímám, že mi je zřejmý jeho smysl, rozumím povinnostem z něj plynoucích, s nimiž jsem byl(a) při jeho převzetí řádně seznámen(a), a dále prohlašuji, že při výkonu této funkce budu postupovat výhradně dle požadavků právních a ostatních předpisů a v případech, kdy tak nebude možno učinit, zajistím bezpečnost osob a o tomto neprodleně informuji zaměstnavatele.

|  |  |
| --- | --- |
| Pověření převzal(a): | Pověření udělil(a): |
|  |  |
| ………………………………………….  Datum a podpis | ………………………………………….  Datum a podpis |