название организации

**Анкета**

**для выявления опасностей.**

подразделение, наименование рабочего места

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование опасности** | **Вероятность получения травмы** | | | **Сколько часов в течение рабочего дня по Вашему мнению воздействует опасность?** | **Какое оборудование, по Вашему мнению, является источником опасности?** |
| **незначительная** | **значительная** | **высокая** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Порядок заполнения Анкеты:**

1. **Анкету разрешается заполнять от руки.**
2. **Анкету разрешается заполнять единолично или в составе группы.**
3. **Анкета должна быть составлена на все профессии подразделения.**
4. **Ответ «Да» ставится в одну из выбранных вами граф 3 или 4 или 5**

**Количество персонала по штатному расписанию\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Количество персонала участвующего в анкетировании\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись персонала участвовавшего в анкетировании:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО ПОДПИСЬ

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО ПОДПИСЬ

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО ПОДПИСЬ

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО ПОДПИСЬ

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО ПОДПИСЬ