

УПИТНИК О ПРИМЕНИ ПРОПИСА У ОБЛАСТИ БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉА НА РАДУ

Ова Анкета је поверљива и за њено попуњавање није потребно више од 15 минута.

Унапред Вам се захваљујемо на Вашој помоћи.

ДЕО I - ОПШТИ ПОДАЦИ

1. Назив правног лица _____
2. Основна делатност _____
3. Број запослених _____
4. Контакт особа _____
5. Контакт телефон/факс/маил _____

ДЕО II – СТАЊЕ У ОБЛАСТИ БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉА НА РАДУ

1. Наведите број повреда у претходној календарској години

тешке повреде	колективне	смртне повреде	привремена спреченост за рад

2. Да ли је код Вас вршен инспекцијски надзор из области безбедности и здравља на раду

ДА	НЕ

3. Да ли сте ангаžовали службу медицине рада за обављање заштите здравља запослених

ДА	НЕ

4. Да ли сте запосленом који је претрпео повреду на раду или професионално обољење издали одговарајући извештај

ДА	НЕ

5. Да ли водите и чувате прописане евиденције у области безбедности и здравља на раду

ДА	НЕ

6. Молимо Вас да наведете проблеме са којима сте се сусретали приликом примене Закона о безбедности и здрављу на раду, и то:

- начин и поступак пријављивања или извештавања о повредама на раду

- остваривање права и обавеза запослених у области безбедности

- приликом инспекцијског надзора

- остало

ДЕО III – ПРОЦЕНА РИЗИКА

1. Да ли сте донели Акт о процени ризика

ДА	НЕ

2. Да ли сте одредили стручно лице из реда запослених за послове безбедности и здравља на раду

ДА	НЕ

3. Да ли сте ангажовали лиценцирано правно лице или предузетника за обављање поступка процене ризика

ДА	НЕ

4. Да ли сте све запослене оспособили за безбедан и здрав рад

ДА	НЕ

5. Да ли сте запосленима обезбедили прописана средства и опрему за личну заштиту

ДА	НЕ

6. Молимо Вас да наведете проблеме са којима се сусрећете приликом примене Правилника о начину и поступку процене ризика на радном месту, и то:

- приликом инспекцијског надзора

- на рад лиценцираних правних лица, уколико сте их ангажовали

- остало

ДЕО IV – ПРИЈАВНИ ЛИСТ

1. Да ли сматрате да вам је потребна едукација у области безбедности и здравља на раду

ДА	НЕ

2. Да ли сматрате да не постоји адекватан извор информација везаних за права и обавезе у области безбедности и здравља на раду

ДА	НЕ

3. Да ли желите да учествујете на радионици за процену ризика

ДА	НЕ

4. Име и презиме особе коју пријављујете _____

5. Контакт телефон/факс/маил _____

ХВАЛА!

Молимо вас да попуњен упитник проследите до 15. маја 2009. године на адресу: Унија послодаваца Србије, Ул. Стевана Марковића 8, 11080 Земун