

(dane firmy – nazwa, adres, tel.)

(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY USŁUGI W ZAKRESIE BHP

Będąc upoważnionym do reprezentowania firmy zgłaszam pracowników zgodnie z listą, która jest częścią tego dokumentu.

Oświadczam, że wymienione osoby wykonywać będą prace na terenie **Narodowego Centrum Nauki**.

Wymienione osoby posiadają aktualne, wymagane przepisami prawa szkolenia BHP i orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy na zajmowanych stanowiskach oraz wymagane kwalifikacje niezbędne do realizacji zleconych prac, a także zostały poinformowane o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą. Ponadto znają obecnie obowiązujące wymagania nakładane przez Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

Równocześnie oświadczam, że ww. lista jest kompletna i obejmuje wszystkie osoby dopuszczone do pracy na terenie Narodowego Centrum Nauki. **Przyjmuję do wiadomości obowiązek uzupełnienia niniejszego oświadczenia w przypadku każdej zmiany w składzie osobowym, najpóźniej w dniu poprzedzającym zmianę.**

Oświadczam, że jako przedstawiciel Wykonawcy jestem świadomy odpowiedzialności karnej związanej z dopuszczeniem do wykonywania pracy osób (pracowników) nie posiadających wymaganych uprawnień (kwalifikacji). W związku z powyższym zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania przepisów prawa oraz wewnętrznych procedur Narodowego Centrum Nauki przez cały okres realizacji umowy.

Jednocześnie zobowiązuję się do okazania do wglądu oryginałów lub poświadczonych kopii dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania pracy, a także aktualnych szkoleń BHP oraz orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do zatrudnienia na określonym stanowisku pracy na każdorazowe wezwanie Narodowego Centrum Nauki.

Przyjmuję do wiadomości, iż odmowa udostępnienia Narodowemu Centrum Nauki do wglądu powyższych informacji skutkuje niedopuszczeniem do wykonywania pracy.

Nadzór nad pracownikami i wykonywanymi pracami na terenie NCN sprawuje Pan / Pani

.....
(data i podpis osoby upoważnionej do
występowania w imieniu podwykonawcy)

Uwaga:

Do podpisania niniejszego dokumentu upoważniony jest pracodawca lub osoba uprawniona do występowania w imieniu pracodawcy, w myśl art. 3¹ Kodeksu Pracy.

Lista pracowników Wykonawcy pracujących przy

Lp.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Badania lekarskie (ważne do)	Szkolenia			
				Instruktaż stanowiskowy (data przeprowadzenia)	BHP wstępne (data przeprowadzenia)	BHP okresowe (ważne do)*	Szkolenie informacyjne w siedzibie NCN (data przeprowadzenia)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

* W przypadku pracowników zatrudnionych na stanowiskach robotniczych szkolenie okresowe BHP ważne 12 miesięcy od daty przeprowadzenia

Zweryfikował**Za zgodność danych (Wykonawcy usługi)**

.....
(data i podpis - Koordynator ds. BHP/ służba BHP)

.....
(data i podpis reprezentanta Wykonawcy usługi)