

Listë kontrollimi për mbrojtje në punë

Formë e listës kontrolluese

Data:	Emri:
--------------	--------------

	PO	JO
A ka vendi i punës hapësirë të mjaftueshme për lëvizje?		
A është vendi i punës i ndriçuar mirë?		
A ka vendi i punës qasje të mirë?		
A është vendi i punës i rregulluar në mënyrë funksionale?		

Çka do të ndërronit?		

A do të nevojitej ndonjë pajisje personale mbrojtëse?		
Çka nevojitet?		

A janë mjetet e punës në rregull?		

A nevojiten pajisjet e ventilimit?		

Provimi i funksionit		

Cilat rreziqe kanosen dhe cilat masa për mbrojtje në punë duhet të ndërmerren?
