

Meldung des/der Sicherheitsbeauftragten (SiB) über Gefährdungen/Belastungen

SiB Name und Telefon:	
Arbeitsbereich der/des SiB:	
Gefährdung/Belastung festgestellt am:	
Betroffener Arbeitsbereich/Arbeitsplatz:	
Festgestellte Gefährdung/Belastung	Vorschlag für Maßnahmen
Name, Datum, Unterschrift von Unternehmerin/Unternehmer oder Vertreterin/Vertreter:	
Die/der unterzeichnende Unternehmerin/Unternehmer oder Vertreterin/Vertreter bestätigt durch seine Unterschrift den Empfang dieser Meldung.	
Optionale Bemerkungen:	
<input type="checkbox"/> unterschriebene Kopie zurück an SiB	
Kopien zur Weiterbearbeitung an: (Zutreffendes ankreuzen)	Namen:
<input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r	
<input type="checkbox"/> Fachkraft für Arbeitssicherheit	
<input type="checkbox"/> betriebsärztliche Betreuung	
<input type="checkbox"/> Betriebliche Interessenvertretung	
<input type="checkbox"/> alle ASA-Mitglieder	
<input type="checkbox"/> sonstige Personen	