

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 ihre/seine Unterschrift den Empfang dieser Meldung.	
Optionale Bemerkungen:	
unterschiedene Kopie zurück an SiB	
Kopien zur Weiterbearbeitung an: (Zutreffendes ankreuzen)	Namen:
Vorgesetzte/r	
Fachkraft für Arbeitssicherheit	
Betriebsärztliche Betreuung	
Betriebliche Interessenvertretung	
Alle ASA-Mitglieder	
Sonstige Personen	