

NAZIV POSLODAVCA**Grad, Ulica**

OIB:

Tel:

E-mail:

Obrazac **NR-1**Broj: _____
Datum: _____**U P U T N I C A****za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti noćnog radnika**

Prezime i ime: _____ Ime oca / majke: _____

Datum i mjesto rođenja: _____ Školska sprema: _____

OIB: _____

Noćni rad za koje se utvrđuje radna sposobnost : _____

Zdravstveni pregled: prethodni kontrolni

Posljednji zdravstveni pregled je učinjen: _____ za noćni rad: _____

s ocjenom zdravstvene sposobnosti: _____

Kratak opis noćnog rada, poslova i trajanje noćnog rada: _____

Strojevi, alati, uređaji : _____

Predmet rada (2) : _____

Mjesto rada: u zatvorenom na otvorenom na visini u dubini u vodi u mokromOrganizacija rada: u smjenama na terenu radi sam radi u grupi radi sa strankama rad na traci brzi tempo rada rad sa nametnutim ritamom monoton rad rad stojeći učestalo sagibanje podvlačenje Položaj tijela i aktivnosti: (3) rad sjedeći zaokretanje trupa balansiranje u pokretu klečanje uspinjanje ljestvama kombinirano čučanje uspinjanje stepenicama dizanje tereta _____ kg prenošenje tereta _____ kg guranje tereta _____ kgU poslu je važan (4) vid na daljinu vid na blizinu raspoznavanje boja dobar sluh jasan govor visoka temperatura visoka vlažnost niska temperaturaUvjeti rada buka vibracije povećana izloženost ozljedama povišeni atmosferski tlak prašina ionizacijska zračenja neionizacijska zračenja

Kemijske tvari _____

Biološke štetnosti _____

M.P.

(potpis odgovorne osobe)

1 upisuju se strojevi, alati aparati kojima radnik rukuje ili koje poslužuje

2 upisuju se radne tvari s kojima radnik rukuje ili dolazi u dodir

3 označuje se odgovarajući položaj tijela i aktivnosti koje se svakodnevno javljaju

4 označuje se funkcija bez koje se predviđeni posao ne može obaviti