Zał. nr 8

Data .....................

FORMULARZ BAZY DANYCH

**1. Pełna nazwa zakładu pracy:** .......................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................................

**2. Adres** (ulica, nr posesji, kod, miejscowość)**:** ....................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................

**3. Wykaz obiektów zakładu pracy** (adres, nr telefonu, ilość zatrudnionych)**:** .........................................................

................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................

**4. Stan zatrudnienia** (na dany dzień)**:** .................................................................................................................................................

**5. Ilość pracowników podlegających służbie w OC:** ..............................................................................................

**6. Nazwisko i imię oraz termin i rodzaj odbytego przeszkolenia w zakresie OC:**

**a. kierownika zakładu:** ...........................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................

**b. pracownika ds. OC** ................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................

**7. Dane o zatrudnieniu pracownika ds. OC:**

**a. data wyznaczenia na stanowisko w OC** ........................................................................................................................

**b. wymiar zatrudnienia na stanowisku ds. OC** .............................................................................................................

**c. funkcje pełnione w zakładzie pracy** ..................................................................................................................................

**d. inne dane** ........................................................................................................................................................................................................

**8. Numery telefonów** (fax, i innych)**:**

**a. kierownika zakładu**: ............................................................................................................................................................................

**b. pracownika ds. OC** ................................................................................................................................................................................

**c. całodobowych:** ...........................................................................................................................................................................................

**9. Stan formacji i elementów systemu wykrywania i alarmowania** (pal, słia, drłia) **w zakładzie pracy** (rodzaj, stan osobowy, rejon formowania, rejon rozmieszczenia)**:**

**a. na potrzeby miasta:** ...............................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................................................

**b. na potrzeby zakładu pracy:** .........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................

**10. Wykaz komendantów formacji obrony cywilnej:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię.** | **Rodzaj****formacji****obrony cywilnej.** | **Data i miejsce ukończenia kursu.** | Etap szkolenia formacjiobrony cywilnej**P – podstawowy.**D – doskonalący. | **Uwagi.** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**PRACOWNIK DS. OC** **DYREKTOR (PREZES)**

............................................... ................................................ ......................................................

 (pieczęć zakładu pracy) (podpis i pieczęć)