**ANKIETA DLA ZAKŁADÓW PRACY (do samodzielnego wypełnienia)**

Uprzejmie prosimy o wypełnienie niniejszej krótkiej ankiety dotyczącej działań podejmowanych w Państwa firmach w odniesieniu do chromu sześciowartościowego i innych substancji chemicznych. Po wypełnieniu ankiety prosimy oddać ją ankieterowi.

**Informacje o firmie i BHP**

Imię i nazwisko oraz stanowisko przedstawiciela firmy:

Nazwa firmy/organizacji:

Nazwa działu:

Adres zakładu:

Kraj:

Sektor przemysłu:

Kod według NACE Rev.2 (wypełnia ankieter):

Opis miejsca pracy (charakter prowadzonej działalności, przedmiot produkcji, jak wygląda organizacja pracy):

Opisać ogólne praktyki w zakresie szkolenia, monitorowania oraz BHP w odniesieniu do narażenia na niebezpieczne substancje chemiczne w Państwa firmie:

Nazwa i adres Działu ds. BHP:

Osoba do kontaktu oraz dane kontaktowe (e-mail, nr tel.) Działu ds. BHP:

**Warunki robocze**

(Proszę wybrać te, które dotyczą chromowania galwanicznego, natryskiwania/malowania lub spawania)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Praca** | **Czy ma miejsce w Państwa zakładzie? (Proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy)** | **Proszę odpowiedzieć na pytania w sekcjach** |
| Chromowanie galwaniczne |  | 1 i 4 |
| Natryskiwanie/malowanie |  | 2 i 4 |
| Spawanie |  | 3 i 4 |

1. **Chromowanie galwaniczne w kąpieli**
2. Jakie jest stężenie procentowe (lub w g/l) chromu sześciowartościowego stosowanego w kąpieli? (proszę zaznaczyć pole / podać)

□ ≤5; □ >5–10; □ >10–50% lub …..…… gram/litr (g/l)

1. Częstotliwość wykonywania prac z wykorzystaniem chromu sześciowartościowego? (kategorie: codziennie; dni/tydzień lub dni/miesiąc)
2. Czy prace obejmują również niklowanie galwaniczne? (proszę zakreślić) Tak / Nie / Nie wiem
3. Jeżeli wykorzystuje się nikiel, w jakim stężeniu procentowym (lub w g/l) jest on stosowany w kąpieli?

…..……% lub …..…… gram/litr (g/l)

1. Częstotliwość wykonywania niklowania galwanicznego? (kategorie: codziennie; dni/tydzień lub dni/miesiąc)
2. Czy w pracach stosuje się również chrom trójwartościowy? (proszę zakreślić) Tak / Nie / Nie wiem
3. Jeżeli wykorzystuje się chrom trójwartościowy, w jakim stężeniu procentowym (lub w g/l) jest on stosowany w kąpieli?

…..……% lub …..…… gram/litr (g/l)

1. Częstotliwość wykonywania prac z wykorzystaniem chromu trójwartościowego? (kategorie: codziennie; dni/tydzień lub dni/miesiąc)
2. Czy prace obejmują wykonywanie powłok kadmowych? (proszę zakreślić) Tak / Nie / Nie wiem
3. Jeżeli wykorzystuje się kadm, w jakim stężeniu procentowym (lub w g/l) jest on stosowany w kąpieli?

…..……% lub …..…… gram/litr (g/l)

1. Częstotliwość wykonywania kadmowania galwanicznego? (kategorie: codziennie; dni/tydzień lub dni/miesiąc)
2. Rozmiar elementów poddawanych powlekaniu? (proszę opisać)
3. Ilu pracowników jest zaangażowanych w te prace?

**Środki zarządzania ryzykiem w odniesieniu do chromowania galwanicznego** (proszę zakreślić)

Obudowa wanny Całkowita Częściowa Brak

Lokalny odciąg oparów znad kąpieli Tak Nie

Stosowanie dyspergatorów pęcherzyków na powierzchni cieczy Tak Nie

Stosowanie filtrów mgły olejowej Tak Nie

* + - Stosowanie supresantów tzw. PFAS (substancji perfluoroalkilowych)

 Tak (proszę podać) Nie Nie wiem

* + - Stosowanie innych supresantów

 Tak (proszę podać) Nie

1. **Obróbka powierzchni natryskiem lub malowaniem**
2. Jakie jest stężenie procentowe chromu sześciowartościowego w farbie? (proszę zaznaczyć pole)

□ ≤0,01; □ >0,01–0,1; □ >0,1–0,5; □ >0,5–1; □ >1–5; □ >5–10; □ >10–15; □ >15%

1. Jaka jest średnia ilość farby zużywanej w miesiącu (w litrach lub galonach)? ……….. litrów / ……….. galonów
2. Jaka jest częstotliwość natryskiwania lub malowania i obróbki mechanicznej? (kategorie: dziennie, tygodniowo, miesięcznie, inaczej)
3. Jaki jest rozmiar malowanych/natryskiwanych elementów? (proszę opisać)
4. Ilu pracowników jest zaangażowanych w te prace?
5. **Spawanie**
6. Częstotliwość wykonywania prac spawalniczych? (kategorie: dziennie, tygodniowo, miesięcznie, inaczej)
7. Jaki jest rozmiar spawanych części? (proszę opisać)
8. Ilu pracowników jest zaangażowanych w te prace?

|  |  |
| --- | --- |
| **Jakie procesy spawalnicze są stosowane?** (proszę zaznaczyć pole) | * MMA (manual metal arc – spawanie łukowe elektrodą otuloną)
* MAG (metal active gas – spawanie elektrodą topliwą w osłonie gazów aktywnych)
* MIG (metal inert gas – spawanie elektrodą topliwą w osłonie gazów obojętnych)
* TIG (tungsten inert gas – spawanie nietopliwą elektrodą wolframową w osłonie gazów obojętnych)
* SAW (submerged arc welding – spawanie łukiem krytym)
* Plazma – gaz plazmowy
* Spawanie drutem rdzeniowym
* Inne (proszę podać) ……………………………......……………………..
* ………………………………………………………………………………………
 |

1. **Wcześniejsze pomiary**

Czy w przeszłości zbierano od pracowników w zakładzie którekolwiek z wymienionych niżej typów pomiarów?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pomiary** | **Zaznaczyć wszystkie właściwe** | **Rok zbierania danych** |
| Próbki powietrza |  |  |
| Pomiary ekspozycji skóry |  |  |
| Próbki krwi pracowników |  |  |
| Próbki moczu pracowników |  |  |
| Inne (proszę podać) |  |  |
|  |  |  |

Czy zgadzają się Państwo, aby ankieterzy uzyskali dostęp do tych wyników (z zachowaniem poufności)? (Proszę zakreślić) Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać osobę do kontaktu i dane kontaktowe (e-mail, telefon):

**Dziękujemy za wypełnienie tej ankiety!**

**Po wypełnieniu ankiety prosimy oddać ją ankieterowi.**

**ANKIETA DLA PRACOWNIKA PO SKOŃCZONEJ ZMIANIE (pytania zadaje ankieter)**

**Informacje ogólne dotyczące pracownika**

|  |  |
| --- | --- |
| **Próbka moczu** | **Data pobrania:** **Godzina:** |
| **Próbka EBC (kondensat wydychanego powietrza)** | **Data pobrania:** **Godzina:** |
| **Próbka krwi** | **Data pobrania:** **Godzina:** |
| **Próbka powietrza (osobista)** | **Data pobrania:**  |
| **Wymaz (osobisty)** | **Data pobrania:**  |
| **Nazwa firmy i nazwa działu** |  |
| **Imię i nazwisko oraz stanowisko pracownika** |  |
| **Płeć** (proszę zakreślić) | **Mężczyzna** **Kobieta** |
| **Data urodzenia (dd/mm/rrrr)** |  |
| **Wzrost (w centymetrach lub stopach / calach)** | ……………. **cm /** …………. **stóp** …………. **cali** |
| **Aktualna masa ciała (w kilogramach lub kamieniach / funtach)** | ……………. **kg /** …………. **St** …………. **lb** |
| **Zawód**  | **Swobodny opis:** | **Kod ISCO08** |
| **Czy praca wykonywana jest głównie** (proszę zakreślić) | **W pomieszczeniach** **Na zewnątrz**  |
| **Czas trwania zmiany (w godzinach)** |  |
| **Typ pracy zmianowej** (proszę zakreślić pole) | * **Stała dzienna**
* **Stała nocna**
* **Rotująca: zmiana pierwsza i druga**
* **Rotująca: zmiana pierwsza, druga i trzecia**
* **Inne** (proszę podać)……………………………………………………
 |
| **Adres domowy** |  |
| **Lokalizacja miejsca zamieszkania i jej charakterystyka** (proszę zakreślić) | **Miejska** **Wiejska**  |
| **Czy w otoczeniu domu znajdują się zakłady przemysłowe, spalarnie lub wysypiska odpadów?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeżeli tak, jaka w przybliżeniu jest odległość do najbliższego z takich miejsc (w km)?** |
| **Proszę opisać natężenie ruchu pojazdów w pobliżu miejsca zamieszkania** (proszę zaznaczyć) | **Spokojna ulica (niskie natężenie)****Ulica w dzielnicy mieszkaniowej (średnie natężenie)****Droga główna (duże natężenie)** |
| **Palenie papierosów** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie** **Były palacz** |
| **Palenie papierosów** (ciąg dalszy) | **Średnia liczba papierosów dziennie****Liczba lat palenia papierosów****Dotyczy byłych palaczy: ile lat temu przestałeś/przestałaś palić papierosy?****Średnia liczba wypalanych papierosów dziennie****Liczba lat palenia papierosów** |
| **Czy palisz papierosy elektroniczne?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie** **Były palacz** |
| **Papierosy elektroniczne** (ciąg dalszy) | **Średnia liczba wypalanych e-papierosów dziennie****Liczba lat palenia e-papierosów****Dotyczy byłych palaczy e-papierosów: ile lat temu przestałeś/przestałaś palić e-papierosy?****Średnia liczba wypalanych e-papierosów dziennie****Liczba lat palenia e-papierosów** |
| **Czy używasz innych wyrobów tytoniowych?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie** **Były użytkownik innych wyrobów tytoniowych****Jeżeli używasz lub używałeś/używałaś innych wyrobów tytoniowych, proszę je wskazać** |
| **Inne wyroby tytoniowe** (ciąg dalszy) | **Średnia liczba używanych wyrobów tytoniowych dziennie****Liczba lat używania****Dotyczy byłych użytkowników: ile lat temu przestałeś/przestałaś używać inne wyroby tytoniowe?****Średnia liczba używanych wyrobów tytoniowych dziennie****Liczba lat używania** |
| **Czy nosisz implanty mogące zawierać metal?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie** **Nie wiem****Jeżeli tak, to od jak dawna?****Czy wiesz, jakiego typu to implanty?** (proszę podać) |
| **Czy masz wypełnienia stomatologiczne?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeżeli tak, czy wiesz z jakiego materiału są wykonane?** (proszę podać) |
| **Spożycie alkoholu** | **Tak** **Nie****Jak często zwykle pijesz alkohol?** (proszę zakreślić)  **dziennie tygodniowo miesięcznie** |
| **Spożycie alkoholu** (ciąg dalszy) | **Średnio w ciągu ilu dni w miesiącu wypijasz przynajmniej jeden napój alkoholowy?****Ile drinków wypijasz zwykle w dzień, w którym pijesz alkohol?** |
| **Spożycie innych napojów** (proszę zakreślić) | **Kawa** **Herbata** **Napoje energetyczne****Średnio ile razy dziennie?****Kawa** ………. **Herbata** ………. **Napoje energetyczne** ………. |
| **Nawyki żywieniowe** (proszę zakreślić)  | **Dieta mieszana** **Dieta wegetariańska** **Dieta wegańska****Inne** (proszę podać) |
| **Stosowanie suplementów diety**(np. tabletek odchudzających) (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeżeli tak, proszę podać:** |
| **Czynności rekreacyjne lub hobby mogące prowadzić do dodatkowej ekspozycji na chromiany** (np. spawanie, malowanie natryskowe, prace z metalami) (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeżeli tak, proszę podać:** |

**Historia zatrudnienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zawód/stanowisko pracy** | **Czy praca obejmuje następujące czynności (zaznaczyć, jeśli dotyczy)** | **Rozpoczęcie (rok)** | **Zakończenie (rok)** |
| **wykonywanie powłok galwanicznych** | **malowanie lub natryskiwanie** | **spawanie** | **inne prace z metalami** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Opis stanowiska pracy**

**Jakie prace wykonywałeś/wykonywałaś dzisiaj?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Praca** | **(Zaznacz, jeśli dotyczy)** | **Odpowiedz na pytania w rozdziale** |
| Chromowanie galwaniczne |  | 1 |
| Natryskiwanie/malowanie |  | 2 |
| Spawanie |  | 3 |

**1. Opis pracy związanej z chromowaniem galwanicznym w kąpieli** (proszę wymienić typy zadań roboczych, które dziś wykonywałeś/wykonywałaś)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie robocze** | **Czas trwania zadania podczas zmiany** (godzin/minut) | **Częstotliwość zadania** (x razy tygodniowo) | **Proces****typ** (ręczny lub automatyczny) | **Stosowane ŚOI\*** (podać odpowiednie numery)  | **Stosowane lokalne odciągi oparów\*\*** (tak, nie) |
| **1** | **Regulacja elektrolitu:** dekantowanie, ważenie, mieszanie, uzupełnianie kąpieli |  |  |  |  |  |
| **2** | **Praca przy kąpielach**: załadunek wieszaków, wstępna obróbka chemiczna, zanurzanie, płukanie i suszenie, obróbka chemiczna po kąpieli, czyszczenie i rozładunek wieszaków, czyszczenie sprzętu, regularna konserwacja sprzętu  |  |  |  |  |  |
| **3** | **Rzadsze czynności konserwacyjne** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Pobieranie próbek i przenoszenie do laboratorium**  |   |  |  |  |  |
| **5** | **Analizy laboratoryjne** |  |  |  |  |  |
| **6** | **Gospodarka odpadami** |  |  |  |  |  |
| **7** | **Inne** (proszę podać) |  |  |  |  |  |

\*Stosowane ŚOI (Środki ochrony indywidualnej):

* 1. Filtrujące aparaty oddechowe, zasilane powietrzem z butli lub powietrzem otoczenia
	2. Maski ochronne pełne lub częściowe, wielokrotnego użytku (bez aparatu oddechowego zasilanego powietrzem z butli lub powietrzem otoczenia)
	3. Jednorazowe maski ochronne
	4. Inne środki ochrony dróg oddechowych (proszę podać)
	5. Kombinezon roboczy
	6. Rękawice wielorazowe
	7. Rękawice jednorazowe
	8. Inne (proszę podać)

\*\* Lokalny odciąg oparów

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy sprawdzono poprawność dopasowania aparatu oddechowego (maski)?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeżeli tak, to kiedy?** |
| **Czy otrzymałeś/otrzymałaś informacje, instruktaż lub przeszkolenie w zakresie stosowania zasad bezpiecznej pracy przy wykonywaniu tego zadania?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie** |
| **Środki zachowania higieny w zakładzie** (proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy) | * **Możliwość umycia rąk**
* **Możliwość wzięcia prysznica**
* **Oddzielne miejsce na odzież roboczą**
* **Wyznaczone miejsce przechowywania środków ochrony dróg oddechowych**
* **Inne** (proszę podać)………………………………………
* .............................................................................
 |
| **Czy warunki pracy w tym dniu były typowe?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeśli nie były, proszę opisać, na czym polegały (np. problemy z prawidłową pracą maski lub wyciągu):** |

**2. Opis zadania związanego z obróbką powierzchni – malowanie/natryskiwanie** (proszę wymienić typy zadań roboczych, które dziś wykonywałeś)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie robocze** | **Czas trwania zadania podczas zmiany** (godzin/minut) | **Częstotliwość zadania** (x razy tygodniowo) | **Stosowane ŚOI\*** (podać odpowiednie numery)  | **Stosowane lokalne odciągi oparów\*\*** (tak, nie) |
| **1** | **Zadania przygotowawcze:** Dekantowanie, mieszanie farby, uzupełnianie zbiorników urządzeń  |  |  |  |  |
| **2** | **Natryskiwanie w kabinie / pomieszczeniu lakierniczym** |  |  |  |  |
| **3** | **Natryskiwanie poza kabiną lakierniczą** |  |  |  |  |
| **4** | **Malowanie w automatycznym tunelu natryskowym** |  |  |  |  |
| **5** | **Malowanie wałkiem (powierzchnia mała do średniej)** |  |  |  |  |
| **6** | **Malowanie pędzlem (małe powierzchnie / poprawki malarskie)** |  |  |  |  |
| **7** | **Suszenie / samoczynne utwardzanie powłoki (zadania pracowników w odległości większej niż jeden metr od wysychającej części) bez lokalnego odciągu oparów**  |  |  |  |  |
| **8** | **Czyszczenie i konserwacja sprzętu**  |  |  |  |  |
| **9** | **Rzadsze czynności konserwacyjne** |  |  |  |  |
| **10** | **Obróbka mechaniczna (szlifowanie) części zawierających chrom** |  |  |  |  |
| **11** | **Obróbka mechaniczna (szlifowanie) części pokrytych farbą chromianową** |  |  |  |  |
| **12** | **Gospodarka odpadami** |  |  |  |  |
| **13** | **Inne** (proszę podać) |  |  |  |  |

\*Stosowane ŚOI (Środki ochrony indywidualnej):

* 1. Filtrujące aparaty oddechowe, zasilane powietrzem z butli lub powietrzem otoczenia
	2. Maski ochronne pełne lub częściowe, wielokrotnego użytku (bez aparatu oddechowego zasilanego powietrzem z butli lub powietrzem otoczenia)
	3. Jednorazowe maski ochronne
	4. Inne środki ochrony dróg oddechowych (proszę podać)
	5. Kombinezon roboczy
	6. Rękawice wielorazowe
	7. Rękawice jednorazowe
	8. Inne (proszę podać)

\*\* Lokalny odciąg oparów

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy sprawdzono poprawność dopasowania aparatu oddechowego (maski)?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeżeli tak, to kiedy?** |
| **Czy otrzymałeś/otrzymałaś informacje, instruktaż lub przeszkolenie w zakresie stosowania zasad bezpiecznej pracy przy wykonywaniu tego zadania?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie** |
| **Środki zachowania higieny w zakładzie** (proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy) | * **Możliwość umycia rąk**
* **Możliwość wzięcia prysznica**
* **Oddzielne miejsce na odzież roboczą**
* **Wyznaczone miejsce przechowywania środków ochrony dróg oddechowych**
* **Inne** (proszę podać)…………………………………………………………………
* ........................................................................................................
 |
| **Czy warunki pracy w tym dniu były typowe?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeśli nie były, proszę opisać, na czym polegały (np. problemy z prawidłową pracą maski lub wyciągu):** |

**3. Opis zadania związanego ze spawaniem** (proszę wymienić typy zadań roboczych, które dziś wykonywałeś)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie robocze** | **Czas trwania zadania podczas zmiany** (godzin/minut) | **Częstotliwość zadania** (x razy tygodniowo) | **Stosowane ŚOI\***(podać właściwe numery)\*  | **Stosowany lokalny odciąg oparów:**1. Odciąg na urządzeniu typu pistoletowego2. Ruchomy odciąg spawalniczy 3. Stół roboczy z odciągiem4. Kabina spawalnicza z odciągiem5. Wentylacja ogólna6. Inne (proszę podać) |
| **1** | **Spawanie ręczne** |  |  |  |  |
| **2** | **Ręczne spawanie sczepne**  |  |  |  |  |
| **3** | **Spawanie automatyczne** |  |  |  |  |
| **4** | **Inne prace ręczne**: Czyszczenie, szlifowanie, cięcie itp. |  |  |  |  |
| **5** | **Czyszczenie i konserwacja sprzętu**  |  |  |  |  |
| **6** | **Gospodarka odpadami** |  |  |  |  |
| **7** | **Inne** (proszę podać) |  |  |  |  |

\*Stosowane ŚOI (Środki ochrony indywidualnej):

1. Kask spawalniczy z aparatem oddechowym zasilanym powietrzem z butli lub powietrzem otoczenia
2. Kask spawalniczy z maską półpełną z wielorazowym filtrem pyłu
3. Kask spawalniczy z jednorazowym filtrem pyłu
4. Kask spawalniczy bez ochrony dróg oddechowych
5. Kask spawalniczy z innego rodzaju ochroną dróg oddechowych (proszę podać)
6. Odzież niepalna / nierozprzestrzeniająca płomienia
7. Rękawice spawalnicze
8. Inne rękawice
9. Inne (proszę podać)

\*\* Lokalny odciąg oparów

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy sprawdzono poprawność dopasowania aparatu oddechowego (maski)?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeżeli tak, to kiedy?** |
| **Czy otrzymałeś/otrzymałaś informacje, instruktaż lub przeszkolenie w zakresie stosowania zasad bezpiecznej pracy przy wykonywaniu tego zadania?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie** |
| **Środki zachowania higieny w zakładzie** (proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy) | * **Możliwość umycia rąk**
* **Możliwość wzięcia prysznica**
* **Oddzielne miejsce na odzież roboczą**
* **Wyznaczone miejsce przechowywania środków ochrony dróg oddechowych**
* **Inne** (proszę podać)………………………………………
* ...............................................................................................
 |
| **Czy warunki pracy w tym dniu były typowe?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie****Jeśli nie były, proszę opisać, na czym polegały (np. problemy z prawidłową pracą maski lub wyciągu):** |

**Warunki robocze podczas spawania**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jak materiał był spawany?** (proszę zakreślić) | **Stal nierdzewna** **Inne** (proszę podać) |
| **Jaką metodę spawania zastosowano?** (proszę zaznaczyć pole) | * **MMA (manual metal arc – spawanie łukowe elektrodą otuloną)**
* **MAG (metal active gas – spawanie elektrodą topliwą w osłonie gazów aktywnych)**
* **MIG (metal inert gas – spawanie elektrodą topliwą w osłonie gazów obojętnych)**
* **TIG (tungsten inert gas – spawanie nietopliwą elektrodą wolframową w osłonie gazów obojętnych)**
* **SAW (submerged arc welding – spawanie łukiem krytym)**
* **Plazma – gaz plazmowy**
* **Spawanie drutem rdzeniowym**
* **Inne** (proszę podać)……………………………………………….
* ………………………………………………………………………………….
 |
| **Zawartość chromu i niklu w spawanym materiale?** | **Zawartość chromu:** …………….**%****Zawartość niklu:** …………….**%****Nie wiem** (zakreślić, jeśli dotyczy) |
| **Czy spawany materiał pokryty był farbą zawierającą chrom?** (proszę zakreślić) | **Tak** **Nie** **Nie wiem** |
| **Materiał i typ drutu spawalniczego** |  |
| **Topnik spawalniczy** |  |
| **Gdzie wykonywano spawanie?** (proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy) | * **Na zewnątrz**
* **Na zewnątrz w wietrzonej, zamkniętej przestrzeni o objętości** …..…. **m3**
* **z wentylacją naturalną / bez wentylacji naturalnej**
* **z wentylacją mechaniczną**
* **z lokalnym odciągiem oparów\***
* **W pomieszczeniu zamkniętym o objętości >1000 m3**
* **W przestrzeni zamkniętej o objętości** …..…. **m3**
* **z wentylacją naturalną / bez wentylacji naturalnej**
* **z wentylacją mechaniczną (np. budowa statku)**
* **z lokalnym odciągiem oparów\***
 |

\* Lokalny odciąg oparów