

Einsatzinformation für die Beschäftigten

Ihr Zeitarbeitsunternehmen:

Ihr Einsatzbetrieb:

Straße:

PLZ:

Ort:

Wegbeschreibung:

Kontaktperson:

Telefon:

Arbeitsaufnahme am:

Tag

Monat

Jahr

um:

Uhr

Arbeitszeit:

Mo bis Do

von:

bis:

Fr

von:

bis:

Sa

von:

bis:

So

von:

bis:

Gesamtstunden

Ausnahmegenehmigung liegt vor

Schicht von

bis

Sie werden überlassen als:

Ihre Tätigkeit:

Besondere Merkmale der Tätigkeit:

Erforderliche Qualifikation:

Erforderliche Persönliche Schutzausrüstung (PSA) für die Tätigkeit:

PSA	Art	EB	ZA	PSA	Art	EB	ZA
Sicherheitsschuhe				Schutzbrille			
Atemschutz				Gehörschutz			
Schutzhandschuhe				Helm			
Schutzkleidung							

ZA = Erhalten Sie von uns EB = Wird Ihnen vom Einsatzbetrieb ausgehändigt.

Arbeitsmedizinische Vorsorge:

Für die oben genannte Tätigkeit ist folgende arbeitsmedizinische Vorsorge **vor Aufnahme der Tätigkeit** erforderlich beziehungsweise wird Ihnen angeboten:

Anlass: (siehe Anhang ArbMedVV)	Pflicht- vorsorge	Angebots- vorsorge	Durchführung bzw. Angebot vor Tätigkeitsaufnahme durch	
			Zeitarbeitsunternehmen	Einsatzbetrieb

Wunschvorsorge nach den Anforderungen der ArbMedVV wird Ihnen ermöglicht durch:

Zeitarbeitsunternehmen

Einsatzbetrieb

Arbeitsmedizinische Eignungsbeurteilung:

Für die oben genannte Tätigkeit ist folgende Eignungsbeurteilung vor Aufnahme der Tätigkeit erforderlich:

Bezeichnung:	Durchführung vor Tätigkeitsaufnahme durch	
	Zeitarbeitsunternehmen	Einsatzbetrieb

Sonstiges:**Hinweise**

- Vor Beginn Ihrer Tätigkeit erhalten Sie neben der Unterweisung durch uns eine arbeitsplatzbezogene Unterweisung durch den Einsatzbetrieb.
- Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine andere als die in dieser Einsatzinformation beschriebene Tätigkeit durchführen sollen.
- Ihre gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) ist die VBG. Dort sind Sie bei Arbeitsunfällen und Wegeunfällen versichert.
- Melden Sie bitte alle Arbeits- und Wegeunfälle Ihrem/Ihrer Vorgesetzten im Einsatzbetrieb und informieren Sie umgehend Ihren Disponenten/Ihre Disponentin, Telefon:
- Bei Arbeitsverhinderung bitten wir Sie umgehend Ihr Zeitarbeitsunternehmen zu informieren.
- Im Rahmen des in dieser Einsatzinformation beschriebenen Einsatzes werden Sie als Leiharbeiter/Leiharbeiterin tätig.

.....
Zeitarbeitsunternehmen

.....
Mitarbeiter/-in