

Fachkraft für Arbeitssicherheit (FASI) intern extern

Name: _____

Dienstgeschäft: _____

Tel.-Nr.: _____ FAX: _____

Einsatzzeit
(Stunden / Jahr)

Grundbetreuung

Betriebsspezifische Betreuung

Betriebsarzt (BA)

Name: _____

Dienstgeschäft: _____

Tel.-Nr.: _____ FAX: _____

Einsatzzeit

Grundbetreuung

(Stunden / Jahr)

Betriebsspezifische
Betreuung

Sicherheitsbeauftragte

Davon haben bereits an einem Seminar der
Unfallkasse teilgenommenAnzahl der bestellten Sicherheits-
beauftragten (**außer** Schulen u.
Kitas):Anzahl der bestellten Sicherheits-
beauftragten im **äußeren Schul-
bereich** (Hausmeister,
Sekretärin):Anzahl der bestellten Sicherheits-
beauftragten in
Kindertagesstätten:

* Bitte angeben, sofern eine entsprechende Übersicht vorhanden ist.

Ort, Datum

Unterschrift