

Arbetsstillstånd vid Brandfarlig vara

Det här tillståndet är giltigt för nedan angivna tider. Vid avbrott på mer än en timme måste arbetsområdet inspekteras igen. Vid avbrott på mer än 8 timmar måste tillståndet förnyas!				Datum:	Område:
Aktivitet	Från (tid)	Till (tid)	Sign.	Arbetsordernummer:	
Giltigt					
Beskrivning av arbetet:					
Risker				Skyddsåtgärder	
<input type="checkbox"/> Gaser <input type="checkbox"/> Värme <input type="checkbox"/> Elektrisk risk <input type="checkbox"/> Mekanisk risk <input type="checkbox"/> Roterande utrustning <input type="checkbox"/> Frätande ämnen <input type="checkbox"/> Brännbara ämnen <input type="checkbox"/> Utrustning med tryck <input type="checkbox"/> Risk för kontaminering av produkt	<input type="checkbox"/> Giftiga ämnen <input type="checkbox"/> Hudirritation <input type="checkbox"/> Klämskada <input type="checkbox"/> Ergonomi <input type="checkbox"/> Buller <input type="checkbox"/> Halka <input type="checkbox"/> Spill <input type="checkbox"/> Bas olja <input type="checkbox"/> Inhalerbart damm	<input type="checkbox"/> I skottlinjen <input type="checkbox"/> Fallande föremål <input type="checkbox"/> Fallrisk <input type="checkbox"/> Mobila lyftanordningar <input type="checkbox"/> Lyft <input type="checkbox"/> Ensamarbete med risker <input type="checkbox"/> Övriga arbeten pågår <input type="checkbox"/> Annat:	<input type="checkbox"/> Kemhandskar <input type="checkbox"/> Skyddsoverall <input type="checkbox"/> Kemdräkt <input type="checkbox"/> Gummistövlar <input type="checkbox"/> Ansiktsskydd <input type="checkbox"/> Friluftsmask <input type="checkbox"/> Filtermask <input type="checkbox"/> Gasmätare <input type="checkbox"/> Fallskyddsutrustning <input type="checkbox"/> Räddningsutrustning <input type="checkbox"/> Avspärning <input type="checkbox"/> Annat:		
Särskilda arbetstillstånd krävs					
<input type="checkbox"/> Brandfarliga Arbeten	<input type="checkbox"/> Slutna utrymmen	<input type="checkbox"/> EX Miljö	<input type="checkbox"/> Grävarbete		
Säkring av utrustning					
<input type="checkbox"/> Stänga av ventil/ventiler <input type="checkbox"/> Blindning av utrustning <input type="checkbox"/> Mekanisk blockering <input type="checkbox"/> Elektrisk frånkoppling <input type="checkbox"/> Elektrisk frånavskiljning <input type="checkbox"/> Avspärrat	<input type="checkbox"/> Dränerat/ventilerat <input type="checkbox"/> Renspolning/tvättat <input type="checkbox"/> Nedkylt <input type="checkbox"/> Trycklöst <input type="checkbox"/> Gas fritt <input type="checkbox"/> Annat:				
Arbetsplatsen säkrad av (sign.):					
Utförare					
Genom att signera nedan intygar jag följande: jag har bedömt valet av verktyg/utrustning, jag har tillräcklig kompetens för att utföra jobbet, jag har bedömt riskerna med arbetet och jag har bedömt valet av skyddsutrustning					
Namn	Namn	Namn			
Godkännande av arbetsstillstånd					
Utrustningsägare/Tillståndsgivare (koordinator)			Tillståndsmottagare (auktoriserad)		
Signaturer					
Stängning av arbetsstillstånd					
Genom att signera nedan godkänner jag att arbetet är utfört på rätt sätt, alla säkerhetsåtgärder är återmonterade samt att området är återställt och städad.					
Signatur tillståndsgivare			Signatur tillståndsmottagare		