

Organisationshilfe

Einsatzinformation für die Beschäftigten

Name des Zeitarbeitsunternehmens:

Ihr Einsatzbetrieb:

Anschrift:

Wegbeschreibung:

Kontaktperson:

Telefon:

Arbeitsaufnahme am:			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:

Tätigkeit:

Besondere Merkmale der Tätigkeit:

Arbeitsplatz/Arbeitsbereich:

Erforderliche Qualifikation/Befähigung:

Erforderliche Persönliche Schutzausrüstung für die Tätigkeit:

PSA	Art	EB	ZA	PSA	Art	EB	ZA
Sicherheitsschuhe				Schutzbrille			
Atemschutz				Gehörschutz			
Schutzhandschuhe				Helm			
Schutzkleidung				Arbeitskleidung (nicht PSA)			
				Sonstige			

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

Organisationshilfe

Einsatzinformation für die Beschäftigten

Vorsorge:

Für die vorgenannte 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	
			Zeitarbeits- unternehmen	Einsatzbetrieb

Wunschvorsorge nach den Anforderungen der ArbMedVV wird Ihnen ermöglicht durch:

Zeitarbeitsunternehmen

Einsatzbetrieb

Eignung:

Für die vorgenannte Tätigkeit ist folgende Eignungsuntersuchung 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