Diagnoza czynników ryzyka dla zdrowia pracowników występujących w miejscu pracy

|  |
| --- |
| **Instrukcja wypełnienia Diagnozy – zasady ogólne** |
| Niniejszy dokument stanowi wzór Diagnozy czynników ryzyka dla zdrowia pracowników występujących w miejscu pracy, który stanowi załącznik do wniosku o dofinansowanie projektu i jest konieczny w przypadku ubiegania się o wsparcie w ramach Działania 7.3 programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027. Wnioskodawca wypełnia pola, stosując się do właściwych instrukcji wypełnienia poszczególnych pozycji dokumentu**. Należy umieścić kursor w polu z poleceniem i uzupełnić dane zgodnie z instrukcją zamieszczoną w komórce**.Dokument należy wypełnić komputerowo, w języku polskim. Tekst musi być wprowadzany w formacie właściwym dla plików DOC/DOCX/ODT (np. niewłaściwe jest zamieszczanie tekstu w formie skanów/obrazów i temu podobnych obiektów). Powyższe nie uniemożliwia zamieszczania w tekście dodatkowych grafik zawierających wewnętrzne etykiety tekstowe.Informacje zawarte w Diagnozie muszą być kompletne i wyczerpująco odnosić się do wszystkich wymaganych kwestii. Brak wymaganych informacji lub ich niespójność będzie wpływał na ocenę projektu.Wnioskodawca przy wykonaniu diagnozy weźmie pod uwagę dane zawarte w mapie potrzeb zdrowotnych lub dane zawarte na platformie Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych udostępnionej przez Ministerstwo Zdrowia lub w przypadku braku danych dostępnych na poziomie szczegółowości określonym przez specyfikę projektu z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Inspekcji Pracy, lub zakładu pracy. **Należy jednak pamiętać, iż wnioski i dane z ogólnych badań zewnętrznych nie mogą zastąpić diagnozy przeprowadzonej bezpośrednio z pracownikami przewidzianymi do objęcia wsparciem.**  |

|  |
| --- |
| 1. **Identyfikacja Wnioskodawcy i projektu**
 |
| Należy uzupełnić dane Wnioskodawcy zgodnie z danymi zawartymi we wniosku o dofinansowanie |
| Nazwa Wnioskodawcy | wpisz nazwę Wnioskodawcy |
| Tytuł projektu | wpisz tytuł projektu |

|  |
| --- |
| 1. **Dane pracodawcy**
 |
| Należy uzupełnić dane pracodawcy dla którego przeprowadzono diagnozę. |
| **Nazwa pracodawcy** (zgodnie dokumentami rejestrowymi CiDEG/KRS) | wpisz nazwę pracodawcy objętego diagnozą |
| **NIP** | wpisz numer NIP pracodawcy objętego diagnozą |
| **Regon** | wpisz numer Regon pracodawcy objętego diagnozą |
| **Adres pracodawcy** |
| województwo | wybierz województwo z listy rozwijanej |
| Kod pocztowy | wpisz kod pocztowy adresu pracodawcy |
| Miejscowość | wpisz miejscowość |
| Ulica | wpisz nazwę ulicy |
| Nr domu/lokalu | podaj nr domu i lokalu |

|  |
| --- |
| 1. **Termin prowadzenia diagnozy**
 |
| od kliknij aby wybrać datę rozpoczęcia diagnozy | do kliknij aby wybrać datę zakończenia diagnozy |

|  |
| --- |
| 1. **Charakterystyka pracodawcy**
 |
| Należy przedstawić krótki opis wspieranego pracodawcy, w tym kod/kody zgodnie z klasyfikacją PKD prowadzonej działalności.  |
| Pole obowiązkowe  | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Charakterystyka pracowników**
 |
| --- |
| Należy przedstawić charakterystykę pracowników uwzględniającą m. in. ich staż pracy na stanowisku obciążającym zdrowie, rodzaj problemów zdrowotnych, których doświadczają z uwagi na rodzaj wykonywanej pracy u danego pracodawcy. |
| Liczba pracowników objętych diagnozą |  |
| Pole obowiązkowe  | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Potrzeby i oczekiwania pracowników** **z obciążeniami zdrowotnymi**
 |
| --- |
| Należy opisać potrzeby i oczekiwania pracowników z obciążeniami zdrowotnymi (źródła pozyskanych danych np. ankiety lub wywiady z pracownikami). |
| Pole obowiązkowe  | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Analiza stanowisk obciążających zdrowie pracowników w zakresie zdrowotnych czynników ryzyka**
 |
| --- |
| Należy opisać w jaki sposób i jakie czynniki ryzyka oddziaływują na zdrowie pracowników. Analizy należy dokonać w podziale na stanowiska pracy wg. przyjętej, dowolnej klasyfikacji czynników (przykładowe czynniki ryzyka szkodliwe dla zdrowia ze względu na oddziaływanie na organizm: czynniki biologiczne, fizyczne, chemiczne, psychofizyczne). Należy podać dane, w tym dane liczbowe i źródła ich pozyskania. |
| Pole obowiązkowe  | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Luki kompetencyjne pracowników, stanowiące przeszkodę w przeniesieniu na stanowisko o mniejszym obciążeniu dla zdrowia**
 |
| --- |
| Należy opisać jakich kompetencji, w tym kwalifikacji, które uniemożliwiają zmianę obecnie zajmowanego stanowiska na inne, nie obarczone szkodliwymi dla zdrowia czynnikami, brakuje pracownikom na konkretnych stanowiskach. |
| Pole nieobowiązkowe  | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Analiza pozostałych stanowisk u pracodawcy, ze szczególnym uwzględnieniem tych stanowisk, na które można przenieść pracowników doświadczających obciążeń zdrowotnych na dotychczasowym stanowisku**
 |
| --- |
| Należy opisać jeżeli uzupełniono pkt. 8.  |
| Pole nieobowiązkowe | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Analiza potrzeb w zakresie poprawy ergonomii pracy**
 |
| --- |
| Należy opisać potrzeby pracowników w zakresie ergonomii pracy, o ile takie potrzeby zostaną zidentyfikowane u pracodawcy. |
| Pole nieobowiązkowe | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Opis niezbędnych do wdrożenia działań z zakresu profilaktyki chorób związanych z miejscem pracy**
 |
| --- |
| Należy opisać na jakich stanowiskach występują deficyty wśród pracowników w zakresie wiedzy na temat zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy oraz jakie działania należy wdrożyć aby wiedzę pracowników w tym zakresie poszerzyć. |
| Pole obowiązkowe  | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Dodatkowe elementy diagnozy**

**– wypełnić jeśli dotyczy** |
| --- |
| Należy opisać dodatkowe elementy przeprowadzonej diagnozy istotne dla określenia czynników ryzyka dla zdrowia pracowników występujących w miejscu pracy, wykraczające poza zakres przewidziany niniejszym formularzem. |
| Pole nieobowiązkowe | Limit znaków: 5 000 |
|  |

| 1. **Wnioski z diagnozy**
 |
| --- |
| Należy przedstawić zwięzłe podsumowanie problemów zdrowotnych występujących w miejscu pracy. |
| Pole obowiązkowe  | Limit znaków: 5 000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Dane podmiotu przeprowadzającego diagnozę**
 |
| Nazwa  | wpisz nazwę podmiotu, który przeprowadził diagnozę |
| Adres  |
| Kod pocztowy | wpisz kod pocztowy |
| Miejscowość | podaj nazwę miejscowości |
| Ulica | wpisz nazwę ulicy |
| Nr domu/lokalu | wpisz numer domu/lokalu |
| Data sporządzenia diagnozy | kliknij aby wybrać datę sporządzenia diagnozy |
| Podpis osoby/osób uprawnionych do przeprowadzenia diagnozy |  |

|  |
| --- |
| 1. **Zatwierdzenie diagnozy**
 |
| Data zatwierdzenia diagnozy | kliknij aby wybrać datę zatwierdzenia diagnozy |
| Podpis osoby/osób uprawnionych do zatwierdzenia diagnozy (diagnozę zatwierdzana wnioskodawca) |  |