|  |
| --- |
| این قسمت توسط مجری انجام کار/پیمانکار تکمیل گردد:**تاریخ انجام: ساعت: شماره پروانه کار: شماره پروانه کار مرتبط:** **محل انجام:****نوع فعالیت:**  |
| **تمهیدات HSE انجام کار در شب:** |
| ردیف | شرح | بلی | خیر | توضیحات |
| 1 | آیا مسئول انجام کار در محل کار وجود دارد؟ |  |  |  |
| 2 | آیا کلیه دستگاه ها و ماشین آلات انجام کار سالم هستند؟ |  |  |  |
| 3 | آیا پرسنل کار در شب مجزا از شیفت روز هستند؟ |  |  |  |
| 4 | یا تجهیزات امدادی و آمبولانس در محل کار وجود دارد؟ |  |  |  |
| 5 | آیا کپسول های آتشنشانی در محل کار وجود دارند؟ |  |  |  |
| 6 | آیا آب آشامیدنی خنک برای مصرف کارکنان مهیا شده است؟ |  |  |  |
| 7 | آیا روشنایی محل کار مهیا شده است؟ |  |  |  |
| 8 | آیا خودروها و ماشین آلات راهسازی دارای چراغ روشنایی سالم هستند؟ |  |  |  |
| 9 | آیا پرسنل دارای وسایل حفاظت فردی مناسب هستند؟ |  |  |  |
| 10 | آیا وسایل ارتباطی مناسب به تعداد کافی مهیا شده است؟ |  |  |  |
| سایر تمهیدات HSE: |
| نام و امضای مسئول HSE پیمانکار مجری: نام و امضای سرپرست کارگاه پیمانکار مجری: |
| نظریه مشاور کارفرما:نام و امضای ناظر HSE مشاور کارفرما: نام و امضاء سرپرست مشاور کارفرما: |
| بستن پروانه کار:کار در شب بدون هر گونه حادثه انسانی و مالی در تاریخ و در ساعت انجام شد : بلی 🖵 خیر 🖵 \* **توضیحات (درصورت وجود حادثه، توضیح دهید و گزارش حوادث را پیوست نمایید):****نام و امضای مجری انجام کار: نام و امضای سرپرست HSE پیمانکار: نام و امضای ناظر HSE مشاور کارفرما:** |