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

2. 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

3. Termin prowadzenia diagnozy	
od kliknij aby wybrać datę rozpoczęcia diagnozy	do kliknij aby wybrać datę zakończenia diagnozy

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

5. 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.

5. Charakterystyka pracowników	
Liczba pracowników objętych diagnozą	
Pole obowiązkowe	Limit znaków: 5 000

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

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

14. 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	

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