|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Företagsnamn:**       **Datum:** | | | | | | | | | | |
| **Adress:** | | | | | | | | | | |
| **Telefonnummer:**       **Email:** | | | | | | | | | | |
| **Ifylld av:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **1. Olycksfallshistorik** | | | | | | | | | | |
|  | **Förra året** | | | **Detta år** | | | **Eventuell kommentar** | | | |
| Olycksfall med frånvaro (LTI) frekvens |  | | |  | | |  | | | |
| Företagets definition av olycksfall med frånvaro (LTI): | | | | | | | | | | |
| 2. Böter, åtal, fällande domar | | | | | | | | | | |
| Har ditt företag blivit bötfällda, åtalade eller fällda i någon domstol eller av Arbetsmiljöverket under de senaste 3 åren?  Ja  Nej  Om ja, beskriv vad: | | | | | | | | | | |
| **3. Arbetsmiljö och säkerhet på ert företag** | | | | | | | | | | |
| Innefattar ert arbetsmiljö- och säkerhetsarbete följande delar? | | | | | | | | | | |
|  | | Ja | Nej | | |  | | | Ja | Nej |
| Arbetsmiljöpolicy | |  |  | | | Kontroll av utrustning enligt gällande krav | | |  |  |
| Avvikelse-/ incidentrapportering | |  |  | | | Beredskap vid nödsituationer | | |  |  |
| Arbetsmiljöstatistik och dokumentation | |  |  | | | Hantering av överträdelser | | |  |  |
| Kontroll på efterlevnad av lagar och förordningar | |  |  | | | Ansvar och rollfördelning inom  arbetsmiljö | | |  |  |
| Utredningar av avvikelser och tillbud | |  |  | | | Ledningssystem inom arbetsmiljö | | |  |  |
| Alkohol- och drogpolicy | |  |  | | | Mentorer och/ eller program för att introducera nyanställda | | |  |  |
| **4. Kompetenskrav** | | | | | | | | | | |
| Är era anställda kvalificerade med rätt tillstånd och kompetens för det arbete som ni ska utföra? | | | | | | | | Ja  Nej | | |
| Har ni kontroll på obligatoriska utbildningar inom arbetsmiljö och säkerhet ex. heta arbeten, travers, truck, allergiframkallande kemiska produkter | | | | | | | | Ja  Nej | | |
| **5. Aktiviteter inom arbetsmiljö och säkerhet** | | | | | | | | | | |
| Genomför ni inspektioner/ skyddsronder?  Ange hur ofta: | | | | | | | | Ja  Nej | | |
|
| Deltar skyddsombud i skyddsronderna?  Ange hur ofta: | | | | | | | | Ja  Nej | | |
|
| Håller ni möten innefattande arbetsmiljö?  Ange hur ofta: | | | | | | | | Ja  Nej | | |
|
| Finns ett etablerat arbetssätt för riskbedömningar som innefattar att identifiera, värdera, prioritera, åtgärda, följa upp och förmedla risker? | | | | | | | | Ja  Nej | | |
| Övrigt ni vill beskriva gällande ert arbetsmiljö- och säkerhetsarbete: | | | | | | | | | | |
| 1. **Underentreprenörer, anlitande av tredjepart (om relevant)** | | | | | | | | | | |
| Har ni ett arbetssätt för att utvärdera och välja ut underentreprenörer?  Beskriv ert arbetssätt hur ni utvärderar era underentreprenörer**:** | | | | | | | | Ja  Nej | | |
|  | | |
| Omfattas utvärdering och urval av underentreprenör av arbetsmiljö- och säkerhetsrelaterade frågor? | | | | | | | | Ja  Nej | | |
| Hålls regelbundna möten med underentreprenör/ underentreprenörer där dessa redovisar sitt arbetsmiljö- och säkerhetsarbete? | | | | | | | | Ja  Nej | | |
| **8. Personal** | | | | | | | | | | |
| Vem är utsedd som högst ansvarig inom ert företag när det gäller arbetsmiljö och säkerhet för detta uppdrag? | | | | | | | | | | |
| **Namn** | | | | | **Befattning** | | | **Telefonnummer** | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
| Vem är utsedd som kontaktperson när det gäller arbetsmiljö och säkerhet på plats för detta uppdrag? | | | | | | | | | | |
| **Namn** | | | | | **Befattning** | | | **Telefonnummer** | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
| **9. Referenser** | | | | | | | | | | |
| Ange två företag, som vi kan kontakta för referenser gällande ert arbete med arbetsmiljö och säkerhetsfrågor | | | | | | | | | | |
| **Namn** | | | | | **Företag** | | | **Telefonnummer** | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
| **10. Signatur (fylls i av beställande organisation)** | | | | | | | | | | |
| Beslut | | | | | | | | Svar godkänns  Svar godkänns ej | | |
| Eventuella krav på komplettering: | | | | | | | | | | |
| **Namn** | | | | | **Funktion** | | | **Datum** | | |
|  | | | | | Utsedd kontaktperson | | |  | | |
|  | | | | | Skyddsombud | | |  | | |
|  | | | | | Sakkunnig arbetsmiljö | | |  | | |