

# Resultat af vurdering af farlige forhold Godschauffør



Virksomhed: \_\_\_\_\_ Evt. afdeling: \_\_\_\_\_ Gennemført af: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Sted	Beskrivelse af farlige forhold	Rettet på stedet ja/nej	Foranstaltninger /Handlingsplan	Ansvarlig	Tidsfrist	Løst (sæt kryds)
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>