

УТВЕРЖДАЮ

Директор _____
наименование образовательной организации

Адрес

Перечень мер по исключению, снижению или контролю уровней рисков

№п/п	Опасность	Мероприятия	Периодичность	Ответственный

Работники, проводившие оценку профессиональных рисков:

_____	_____	_____	_____
(должность)	(дата)	(ФИО)	(подпись)
_____	_____	_____	_____
(должность)	(дата)	(ФИО)	(подпись)
_____	_____	_____	_____
(должность)	(дата)	(ФИО)	(подпись)
_____	_____	_____	_____
(должность)	(дата)	(ФИО)	(подпись)