

KRAVKOMPETENS

Adress:

Telefon:

E-post:

KÖRTILLSTÅND

Förnamn och Efternamn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____

E-post: _____

UTRUSTNING

☐ Saxlift (självgående) ☐ Saxlift (ej självgående)

☐ Bomlift (trailermonterad) ☐ Bomlift (självgående)

☐ Annat: _____

Typ av Utrustning: _____

Modell/Typ: _____

Registreringsnummer: _____

Serienummer: _____

TILLSTÅNDETS GILTIGHET

Från och med: _____

Till och med: _____

ARBETSUPPGIFTER OCH ARBETSPLATS

Specifikation av arbetsuppgifter: _____

Arbetsplats(er): _____

UTBILDNING

Utbildning genomförd: ☐ Ja ☐ Nej

Datum för utbildning: _____

Utbildare: _____

HÄLSOKONTROLL

Senaste hälsokontroll genomförd: _____

Godkänd för arbete: ☐ Ja ☐ Nej

UNDERSKRIFTER

Anställd: _____

Datum: _____

Arbetsgivare: _____

Datum: _____