Załącznik nr 8

Częstochowa, …………………….r.

**ZGŁOSZENIE INFORMACJI O WYSTĄPIENIU BEZPOŚREDNIEGO ZAGROŻENIA DLA ZDROWIA LUB ŻYCIA NA TERENIE UNIWERSYTETU HUMANISTYCZNO-PRZYRODNICZEGO IM. JANA DŁUGOSZA W CZĘSTOCHOWIE**

**W dniu** (data i godzina wystąpienia zagrożenia)**:** .......................................................................

**Na terenie** (miejsce zagrożenia: budynek/Wydział/miejsce/okolica)**:**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Miało miejsce zdarzenie zagrażające zdrowiu/życiu** (określić rodzaj zagrożenia: pożar, wypadek, awaria, podejrzana przesyłka niewiadomego pochodzenia, ładunek wybuchowy,

katastrofa budowlana, skażenie biologiczne/chemiczne, inne)**:**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Forma zgłoszenia** (telefoniczna, elektroniczna): …………………..……………………………………………..

**Działania zapobiegawcze, sposób usunięcia zagrożenia** (podać rodzaj podjętych

działań np. ewakuacja, udzielenie pierwszej pomocy, wezwanie służb ratowniczych)**:**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Dane osoby zgłaszającej** (imię, nazwisko, miejsce pracy, stanowisko służbowe): ......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

………………………………………………….

Podpis osoby zgłaszającej informację

* Osoby dokonujące zgłoszenia o zagrożeniach zobowiązane są do wypełnienia formularza informacyjnego i przekazanie go w terminie 3 dni od dnia zgłoszenia zagrożenia do Sekretariatu Kanclerza.