

Zentraler Thüringer Formularpool

(gemäß Nummer 3.2 Absatz 5 TRGS 519)

Zu richten an die für den **Ort der Tätigkeit** zuständigen Arbeitsschutzbehörde

Name	
Anschrift	
Telefon-Nr.	Fax
E-Mail	

Datum

Name der Arbeitsschutzbehörde

Datum

--

--

☐	Träger der gesetzlichen Unfallversicherung	am (Datum)
--------------------------	--	------------

Ort, Datum

Verantwortlicher Betriebsleiter