



Lp.	Typ / Kod decyzji	Temat	Treść decyzji	Liczba pracowników	Liczba osób zatrudnionych na innej podstawie niż stosunek pracy	Data i godz. wydania decyzji	Termin realizacji*	Imię i nazwisko, stanowisko osoby, której ogłoszono decyzję	Podpis osoby, której ogłoszono decyzję
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	1/JA02B	205B	Poddać wstępnemu szkoleniu w zakresie bhp świadczącego pracę koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej.		1	15.07.2015 10:00		Agnieszka Łoboda pracodawca	
7	1/JL01U	205B	Poddać profilaktycznym badaniom lekarskim świadczącego pracę koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej.		1	15.07.2015 10:00		Agnieszka Łoboda pracodawca	

Decyzja(e) nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 została(y) zrealizowane w trakcie kontroli.

**Uwaga:** Kolumna 2, 3, 5 i 6 służy wyłącznie dla celów statystycznych (do użytku służbowego) do zakodowania treści decyzji wpisanych w kolumnie 4.

\* Oznacza się wyłącznie w odniesieniu do decyzji, których termin realizacji przypada po zakończeniu kontroli.

Włocławek 21.07.2015

(miejsowość i data)

Starszy Inspektor Pracy  
GŁÓWNY SPECJALISTA

*mgr Małgorzata Matysiak*

(podpis i pieczęć inspektora pracy)