..............................., dnia \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_ r.

Nr rej.: ……………………………………

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

*(wnioskodawca)*

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

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

*(adres wnioskodawcy)*

**POSTANOWIENIE**

Na podstawie art. 26 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.) i art. 106 § 5 Kodeksu postępowania administracyjnego, w związku z art. 33 pkt 4 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 97, z późn. zm.),

w związku z wnioskiem ……………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres wnioskodawcy)*

z dnia \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_ r., który wpłynął w dniu \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_ r.

w sprawie wyrażenia opinii o przystosowaniu/o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy(\*) na stanowisku(-ach) pracy lub pomieszczeniach zakładu pracy, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w

…………………………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa i adres zakładu pracy)*

zlokalizowanego/zlokalizowanych(\*) w:

……….........................................................…………………………………………………………….......

*(nazwa i adres lokalizacji stanowisk(-a) pracy)*

**postanawiam**

**1)**(\*)wyrazić **pozytywną/negatywną**(\*)opinię o przystosowaniu/o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy(\*) na następujących stanowiskach pracy:

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

*(nazwa stanowiska pracy oraz imię i nazwisko osoby pracującej/osób pracujących(\*))*

**2)**(\*)wyrazić **pozytywną/negatywną(\*)** opinię o przystosowaniu/o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy(\*) w następujących pomieszczeniach pracy, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych:

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

*(nazwa pomieszczenia pracy)*

Uzasadnienie:

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... **Pouczenie:**

Na postanowienie służy stronie zażalenie do Okręgowego Inspektora Pracy w ..............................., adres ..............................................................................., w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia, za pośrednictwem inspektora pracy, który postanowienie wydał (art. 141 § 1 i 2, art. 127 § 1 i 2 oraz art. 129 § 1 w związku z art. 144 Kodeksu postępowania administracyjnego, w związku z art. 19 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy).

Przed upływem terminu do wniesienia zażalenia strona może zrzec się prawa do wniesienia zażalenia wobec organu administracji publicznej, który wydał postanowienie. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia zażalenia postanowienie staje się ostateczne i prawomocne (art. 127a Kodeksu postępowania administracyjnego).

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

*(podpis i pieczęć albo podpis elektroniczny*

*inspektora pracy)*

Otrzymuje:

1. ..............................................................

*(strona)*

2. ..............................................................

*(wnioskodawca)*

(\*) - niepotrzebne skreślić