|  |  |
| --- | --- |
| **Unternehmen:** |  |

**Name:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wird in oben genanntem Unternehmen mit dem selbstständigen Fahren von Flurförderzeugen beauftragt. Der Nachweis über eine angemessene Qualifikation liegt vor.

**Die Beauftragung gilt für folgende Flurförderzeuge (FFZ):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gruppe** | **Beschreibung** | **Ja** | **Nein** | **Bemerkungen zum Einsatz, z.B. Ort, Typ, …** |
| **FFZ mit Hubgerüst** | Gegengewichtsstapler |  |  |  |
| Regalstapler |  |  |  |
| Schubmaststapler |  |  |  |
| Seitenstapler |  |  |  |
| Vierwegestapler |  |  |  |
| Sonstige: |  |  |  |
| **FFZ ohne Hubgerüst** | Kommissionierer |  |  |  |
| Plattformwagen |  |  |  |
| Schlepper |  |  |  |
| Sonstige: |  |  |  |
| **Mitgänger** | mit Hubgerüst |  |  |  |
| ohne Hubgerüst |  |  |  |
| Sonstige: |  |  |  |
| **Einsatz Arbeitsbühne** | Arbeitsbühne angebaut an: …………. |  |  |  |

Er/Sie hat seine/ihre Befähigung zum Fahren der vorstehend genannten Flurförderzeuge gemäß DGUV Vorschrift 68, § 7 “Flurförderzeuge“, DGUV Grundsatz 308-001 „Qualifizierung und Beauftragung der Fahrerinnen und Fahrer von Flurförderzeugen außer geländegängigen Teleskopstaplern“ und TRBS 1116 „Qualifikation, Unterweisung und Beauftragung von Beschäftigten für die sichere Verwendung von Arbeitsmitteln“ gegenüber dem Unternehmer/der Unternehmerin nachgewiesen.

□ Eine orts- und gerätebezogene Einweisung in das oben genannte Gerät ist erfolgt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unternehmen Beauftragte(r)