



SILMOS-Q s. r. o.

*Certifikační orgán
pro certifikaci systémů managementu
akreditovaný Českým institutem pro akreditaci, o.p.s.
podle ČSN EN ISO/IEC 17021*

Křížíkova 70, 612 00 Brno

☎+✉ 541 633 291

e-mail: silmos-q@silmos-q.cz

www.silmos-q.cz

DOTAZNÍK – příloha k žádosti

Systému managementu BOZP (OHSMS) podle ČSN OHSAS 18001:2008

Číslo žádosti:

Žadatel nevyplňuje!

Tento dotazník umožňuje žadateli o certifikaci stanovit vlastní míru připravenosti pro auditování v rámci certifikačního procesu.

Všechny údaje obsažené v Žádosti o certifikaci a v tomto dotazníku jsou ze strany certifikačního orgánu SILMOS-Q s.r.o. pokládány za důvěrné a bez souhlasu žadatele nesmějí být sdělovány třetím stranám.

Otázky obsažené v dotazníku vycházejí ze znění platných norem pro certifikaci OHSMS a norem souvisejících.

Pokyny pro vyplňování dotazníku:

Odpovědi na dotazy vyznačte křížkem v příslušném políčku. V případě podrobnějších dotazů uveďte stručnou a výstižnou odpověď, nebo uveďte odkaz na název, číslo, kapitolu a stranu dokumentu, který obsahuje vyčerpávající odpověď na danou otázku.

1. Všeobecná část

Uved'te názvy dokumentů (norem a předpisů), ze kterých jste vycházeli při budování a zavádění OHSMS:

2. Všeobecné požadavky OHSMS

Máte stanovenou a dokumentovanou svoji politiku OHSMS vč. cílů a závazků týkajících se OHSMS?

ANO

NE

Máte vytvořeny a udržovány postupy k identifikaci nebezpečí, posuzování rizik a určení způsobu řízení svých činností, služeb a výrobků a hodnotíte je?

ANO

NE

Máte vytvořeny a udržovány postupy identifikace a zajištění přístupu k právním a jiným požadavkům, které se vztahují k Vašemu OHSMS a jsou přímo uplatnitelné na Vaše činnosti, výrobky nebo služby?

ANO

NE

Máte vytvořeny a udržovány dokumentované cíle a cílové hodnoty OHSMS pro každou příslušnou funkci a úroveň v rámci organizace?

ANO

NE

Jsou Vaše cíle OHSMS v souladu s politikou OHSMS organizace a se závazkem k neustálému zlepšování?

ANO

NE

Máte vytvořen a udržován program(y) na dosažení Vašich cílů OHSMS?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte stanoveny a dokumentovány odpovědnosti, pravomoci, a vzájemné vztahy pracovníků, kteří ovlivňují OHSMS?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte vytvořeny zdroje pro řídicí, výkonné a ověřovací činnosti vč. interních auditů OHSMS?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Jmenovali jste do vedení organizace pracovníka majícího pravomoci k uplatňování, přezkoumávání a zlepšování OHSMS?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte vytvořen postup pro přezkoumávání OHSMS vedením organizace a udržuje o tom potřebné záznamy?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte vytvořen, dokumentován a udržován OHSMS jako prostředek k zajištění požadavků systémových norem pro OHSMS, a máte vytvořeny a udržovány potřebné informace popisující OHSMS?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Působí OHSMS na všechny politiky prosazovanými v organizaci (obchodní, technická, ekonomická)?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Vyjmenujte dokumenty OHSMS, kterými budete dokladovat dokumentovaný systém OHSMS:		
Máte vytvořeny povinné dokumentované postupy pro OHSMS?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

Obsahuje Vaše Příručka OHSMS dostatečný popis a rozsah celého OHSMS Vaší organizace?

ANO

NE

Kdo má vrcholovou odpovědnost za tvorbu, aktualizaci a udržování Příručky OHSMS a návazné dokumentace?

Titul:

Jméno:

Příjmení:

Funkce:

Kdo schvaluje Příručku OHSMS, popř. další související dokumentaci?

Titul:

Jméno:

Příjmení:

Funkce:

Máte definováno a dokumentováno plánování OHSMS?

ANO

NE

Máte vytvořeny a udržovány dokumentované postupy pro identifikaci, registraci, přístup, ukládání, udržování a archivaci záznamů OHSMS ?

ANO

NE

Máte vypracován plán interních auditů?

ANO

NE

Kdy jste provedli interní audit Vašeho OHSMS? (uved'te datum)

Kdo má u Vás odpovědnost za provádění interních auditů?

Titul:

Jméno:

Příjmení:

Funkce:

Kdo má u Vás odpovědnost za přezkoumávání OHSMS?

Titul:

Jméno:

Příjmení:

Funkce:

Perioda přezkoumávání OHSMS:

Stává se, že osoby provádějící interní audit OHSMS odpovídají za jimi auditované oblasti?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Zajišťuje si interní audity externě?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte zajištěn též systém neplánovaných interních auditů?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte stanoveny osoby odpovědné za řešení a vyšetřování incidentů, neshod, havarijních situací a za přijetí, zahájení a dokončení nápravných a preventivních opatření?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte jmenovaného zástupce zaměstnanců za oblast BOZP?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Máte stanoveny osoby odpovědné za ověření efektivnosti přijatých nápravných a preventivních opatření?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Jste seznámeni se závazky vyplývajícími z certifikace OHSMS?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Požadavky BOZP		
Zajišťuje vaše organizace u svých zaměstnanců předepsanou způsobilost (odbornou, zdravotní, jazykovou, gramotnou, ...)?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Jsou dodržovány zákonné požadavky zaměstnanců a zaměstnavatele v oblasti práv a povinností (podle ZP)?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Plní vaše organizace povinnosti při placení pojistného pro osoby v pracovním poměru a plní povinnosti plátce pojistného?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Vyskytl se v organizaci těžký pracovní úraz, smrtelný pracovní úraz nebo nemoc z povolání?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Je zpracován postup pro evidenci a hlášení pracovních úrazů, nemocí z povolání a jejich odškodňování?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

<i>Má organizace zatříděny činnosti do kategorií a jsou schváleny příslušnou hygienickou stanicí</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Má organizace zpracován postup pro hospodaření s OOPP?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Provozuje organizace vyhrazená technická zařízení?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Provozuje organizace silniční dopravu a plní požadavky platných předpisů?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Provozuje organizace silniční dopravu podle ADR?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Je jmenován odpovědný pracovník za přepravu ADR?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Bylo v organizaci provedeno měření hluku a byly překročeny limity?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Provozuje organizace zdroje se zvýšenou prašností a bylo provedeno měření?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Provozuje organizace zdroje se zvýšenou vibrací a bylo provedeno měření?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<i>Jsou dodržovány požadavky na pracovní prostředí?</i>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

V.....dne.....

.....
jméno, funkce a podpis
pracovníka, který dotazník vyplnil