

Handlingsplan för arbetsmiljö

Arbetsplats/kundnummer	Datum	
Handlingsplanen avser fråga, problem eller risk.		
Målet är		
Detta behöver åtgärdas eller göras, beskrivning (vid behov komplettera med bilaga)		
Följande resurser behövs		
Problem/Åtgärd	Ansvarig	Datum

Uppföljning		
Åtgärd	Uppföljt av/namn	Datum

Handlingsplan gjord av _____
namn

Uppföljning gjord av _____
namn

Kopia på handlingsplan och gjord uppföljning skickas till huvudkontoret

Godkänd av huvudkontoret _____
namn och datum

namnförtydligande