

Kontrollera åtgärderna

Företag/arbetsställe: Datum: Sid.....

Ansvar för kontroll:..... Övriga deltagare.....

Åtgärd nr (enl blankett C)	Delmoment	Åtgärd		Problemet åtgärdat			Behov av ytterligare insatser
		genom- förd	fungerar som avsett	ja/nej	datum	ansvarig	Kommentar

Signatur ansvarig:

OBS: Kom ihåg att spara denna mall på din dator om du vill återvända till den med ifyllda texter.