**Anlage 1.1 Unternehmensbezogene Anzeige zu Tätigkeiten mit asbesthaltigen Materialien (gemäß Anhang I Nr. 2.4.2 GefStoffV und Nummer 3.2 TRGS 519)**

*(Zutreffendes ankreuzen**bzw.**ergänzen)*

An die Absender (Name, Anschrift, Tel., Fax, e-Mail)

Arbeitsschutzbehörde …………………….……………………………..

……………………….…………………………..

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

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

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

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

1. **Die Mitteilung erfolgt für:**

|  |  |
| --- | --- |
| □ Tätigkeit mit geringer Exposition,  □ emissionsarme Verfahren (ggf. DGUV Information 201-012 Nr. ………) | □ stationäre Arbeitsstätte, Anschrift der Arbeitsstätte  ……………………………………………... ……………………………………………... |
| □ Tätigkeit geringen Umfangs mit Asbestzement nach Nummer 2.10 (3) | □ sonstige Tätigkeiten:  ……………………………………………... ……………………………………………... |
| □ Instandhaltung nach Nr. 17 TRGS 519 |
| □ Tätigkeit an asbesthaltigen PSF nach Anlage 9 |

**2. Beschreibung der Tätigkeit:** ………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**3a. Name und Qualifikation der verantwortlichen Person im Betrieb:** ………………………….

**3b. Name und Qualifikation der aufsichtführenden Personen vor Ort:** …………………..…….

**4.** **Anzahl der Beschäftigten mit Asbest**: ……………

**5. Maßnahmen zur Begrenzung der Asbestexposition**

□ Gefährdungsbeurteilung mit Arbeitsplan nach Anlage 1.4 der TRGS 519 ist beigefügt

□ Betriebsanweisung ist beigefügt

□ Ergänzende Angaben zum Arbeitsplan nach Anlage 1.5 der TRGS 519 sind beigefügt

**6. Verfahren/Ort der Abfallbehandlung**

□ Mit Beseitigung wird Entsorgungsfachbetrieb beauftragt

□ Beseitigung (Deponierung) durch ausführende Firma erfolgt auf folgender für Asbest

zugelassener Deponie: …………………………………….. …………………………………….

□ Andere Art der Abfallbeseitigung: … …………………………………………………………….

**7. Kopien der Anzeige abgegeben an**

□ Träger der gesetzlichen Unfallversicherung……………………………..am………………...

□ die betroffenen Beschäftigten/Betriebs- bzw. Personalrat

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

(Ort, Datum) (Verantwortlicher Betriebsleiter)