**Anlage 1.3 Objektbezogene Anzeige zu Tätigkeiten mit asbesthaltigen Materialien**

(gemäß Anhang I Nr. 2.4.2 GefStoffV und 3.2 TRGS 519)

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

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

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

 ………………………………………………..

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

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

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

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

**1. Anschrift der Arbeitsstätte:** ……………………………………………….

 ……………………………………………….

**2. Art/Bezeichnung und Menge (kg/m³/m²)** ………………………………………………..

 **des asbesthaltigen Materials** ………………………………………………..

**3. Durchzuführende Tätigkeit**

 □ Abbruch/Entfernen von festgebundenen Asbestprodukten

 □ Abbruch/Sanierung von schwach gebundenen Asbestprodukten

 □ Entfernen □ Beschichten □ Räumliche Trennung

 □ Instandhaltung (wenn Schutzmaßnahmen nach Nummer 14 erforderlich)

 □ Sonstige Tätigkeiten: ………………………………………………………………………

**4. Name des/der Sachkundigen vor Ort (Aufsichtsführender):** ……………………………….

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

**6. Beginn der Tätigkeit:** …………………… Dauer:……………Tage/Wo……………….

**7. Maßnahmen zur Begrenzung der Asbestexposition**

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

 □ Betriebsanweisung ist beigefügt

 □ Ergänzende Angaben gemäß Anlage 1.5 der TRGS 519 bei AS-Arbeiten an schwach gebun-

 denen Produkten sind beigefügt (gilt nicht für Tätigkeiten geringen Umfangs nach Nummer 14.4)

**8. Verfahren/Ort der Abfallbehandlung**

 □ Mit Beseitigung wird Entsorgungsfachbetrieb beauftragt

 □ Beseitigung (Deponierung) erfolgt durch ausführende Firma auf folgender

 für Asbest zugelassener Deponie: ………………………………………………………….

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

**9. Kopien der Anzeige abgegeben an**

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

 □ die betroffenen Beschäftigten/Betriebs- bzw. Personalrat

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

(Ort, Datum) (Verantwortlicher Betriebsleiter)