**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)