

Til:
Instant Norge AS
E-mail:
info@instantkurs.no

Dato: ___ / ___ - 20___

Bekreftelse på praktisk øvelse i stillas

Undertegnede bekrefter herved at _____ født _____ har gjennomført _____ timer praktisk øvelse med stillas.

Informasjon om den som undertegner bekreftelsen:

Navn: _____

Firma: _____

Stilling: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Underskrift: _____

Kopi av undertegnedes kompetansebevis må vedlegges dette dokumentet ved innsending.

Sjekkliste: **praksis stillasbygger 2-5m**

Handling	Utført
Gjennomgå brukerveiledninger for stillas som skal benyttes	
Gjennomgå bedriftens egne rutiner og evt. rutiner på stedet stillaset skal bygges	
Lage Sikker Jobb Analyse (eksempelskjema vedlagt) og gjør risikovurdering for jobbene som skal gjøres	
Sørge for egensikring. Gjennomgang av fallsele og hvordan man fester denne i stillaset. Bruk to fester slik at alltid ett sitter fast	
Gjennomgå eventuelt annet egensikringsutstyr	
Inspisere utstyr for skader og defekter før bruk	
Montering av det aktuelle stillaset	
Demontering av det aktuelle stillaset	
Montering inntil offentlig vei	
Inspisere utstyr etter bruk	




















Sjekklisten skal brukes daglig i forbindelse med gjennomføring av praksis. Ved innsending av praksisdokumentasjon bekreftes det at alle punktene er gjennomgått. Det er ikke nødvendig å sende inn sjekklisten.

SJA – Sikker jobb-analyse

Prosjekt: (nr. og navn)	SJA-ansvarlig: (navn,sign.)	Dato:
Kort beskrivelse av aktiviteten:	Ansvarlig for aktiviteten: (Firma)	

SJA gjennomføres fordi: (sett ett eller flere kryss)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeidet medfører avvik fra beskrivelser i prosedyrer og planerr
<input type="checkbox"/> Aktiviteten er ny og ukjent
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Utstyr som arbeidstakerne ikke har erfaring med skal benyttes
<input type="checkbox"/> Forutsetningene er endret (f.eks. værforhold, tilgjengelig tid, rekkefølge av oppgaver, andre aktiviteter utføres i nærheten)
<input type="checkbox"/> Ulykker /uønskede hendelser har skjedd tidligere ved tilsvarende aktiviteter |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

 Hvilke oppgaver er vi bekymret for?	 Farer - hva kan gå galt?	Har vi kontroll på farene? (sett kryss) Ja Delvis Lite	 Tiltak Hvordan skal farene kontrolleres?	 Ansvarlig
		  		
		  		
		  		
		  		
		  		

Lærepunkter: (Fylles ut av SJA-ansvarlig etter at jobben er gjort: Hva kan gjøres annerledes/bedre neste gang? Hvilke positive erfaringer er viktig å ta med seg?)

Mulige farer

1	Sammenstøt/påkjørsel	6	Fallende gjenstand	11	Høyt trykk, sprutfare	16	Værforhold (vind, kulde, tåke)
2	Konstruksjonssvikt	7	Fall	12	Støy, vibrasjon	17	Naturhendelser (flom, ras)
3	Brann,eksplosjon	8	Tunge løft/tunge materialer	13	Stråling	18	Arbeid i tanker/oksygenmangel
4	Bevegelige gjenstander/klemfare	9	Overflater med høy/lav temperatur	14	Støv, røyk, gasser, giftige stoffer	19	Drukningfare
5	Skarp gjenstand (kutt, stikk)	10	Fare for elektriske støt	15	Mangelfull belysning	20	Annet, spesifiser:

FIRMA:**KONTROLLSKJEMA STILLAS****Ref.NR:**

STED:	TYPE:	DIMENSJON: Lengde/Bredde/Høyde	Nr:	Sjekkpunkter	§§ AML's best. nr. 702 § 2, § 6 703 § 17	Mangler	
						Dato	Beskrivelse
	Tårn <input type="checkbox"/> Fasade <input type="checkbox"/> Rulle <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>			1 Skilting av stillas.....	§ 17-11	<input type="checkbox"/>	
				2 Bærende konstruksjon.....	§ 17-7	<input type="checkbox"/>	
				3 Atkomst.....	§ 17-12	<input type="checkbox"/>	
				4 Stillasgulv.....	§ 17-14	<input type="checkbox"/>	
STILLASBYGGER:				5 Rekkverk.....	§ 2-22	<input type="checkbox"/>	
				Håndlist.....	§ 2-22	<input type="checkbox"/>	
				Knelist.....	§ 2-22	<input type="checkbox"/>	
				Fotlist.....	§ 2-22	<input type="checkbox"/>	
				Skjerming.....	§ 6-25	<input type="checkbox"/>	
				6 Presenning / dekke.....	§ 17-20	<input type="checkbox"/>	
				7 Fundament.....	§ 17-8	<input type="checkbox"/>	
				8 Avstivning.....	§ 17-15	<input type="checkbox"/>	
				9 Forankring.....	§ 17-18	<input type="checkbox"/>	
				10 Forankringspunkt.....	§ 17-18	<input type="checkbox"/>	
Kontroll av stillasmontør ved montering:			Antall veggfester:		<input type="text"/>	Festet tåler: <input type="text"/> kg	
Dato/Navn:.....			Antall trekkprøver:		<input type="text"/>	Trekkprøve, 20% overlast: <input type="text"/> kg	
Kontroll av stillasbruker ved overtagelse:							
Dato/Navn:.....							

Utført kontroll dato:														
Utbedret mangel dato:														
Signatur:														