*(Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)*

**An den zuständigen Unfallversicherungsträger** Absender/Absenderin (Name, Anschrift,
 Tel., Fax, E-Mail)

Berufsgenossenschaft Holz und Metall ………………………………………………….

Isaac-Fulda-Allee 18 ………………………………………………….

55124 Mainz ………………………………………………….

Telefax: 06131 802-25800 ……………………………………………….....

E-Mail: bau-montageanzeigen@bghm.de

 ………………………………………………….

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

…………….…………………………………....

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

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

1. **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: ………………………………………………………………………

1. **Name des/der Sachkundigen vor Ort (Aufsichtführende):**

……………………….…………….

1. **Anzahl der Beschäftigten mit Asbest:** ……….
2. **Beginn der Tätigkeit:** …………………… Dauer: ……………Tage/Wo……………….
3. **Maßnahmen zur Begrenzung der Asbestexposition**
	* Gefährdungsbeurteilung/Arbeitsplan nach Anlage 1.4 TRGS 519 ist beigefügt.
	* Betriebsanweisung ist beigefügt.
	* Ergänzende Angaben gemäß Anlage 1.5 TRGS 519 bei AS-Arbeiten an schwach gebundenen Produkten sind beigefügt (gilt nicht für Tätigkeiten geringen Umfangs nach Nummer 14.4).
4. **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: … ………………………………………………………...
1. **Kopien der Anzeige abgegeben an**
	* Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ………….am…………….
	* Betroffene Beschäftigte/Betriebs- bzw. Personalrat

 \_

 (Ort, Datum) (Verantwortl. Betriebsleiterin/Betriebsleiter)