

Nazwa kwalifikacji:	Administrowanie dokumentacją w produkcji audiowizualnej
Oznaczenie kwalifikacji:	AUD.10
Numer zadania:	01
Kod arkusza:	AUD.10-01-25.01-SG
Wersja arkusza:	SG

Lp.	Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny <i>dopuszcza się inne sformułowania poprawne merytorycznie</i>
R.1	Rezultat 1: Umowa zlecenia nr 1/STUDIO/2025 - wydruk
	<i>Sporządzony dokument nie zawiera błędów i literówek</i>
R.1.1	Wpisany numer umowy: 1/STUDIO/2025, wpisane data i miejsce sporządzenia: 02.01.2025 r. i Biała Podlaska
R.1.2	Wpisane dane Zleceniodawcy: CreativStudio Adam Pospieszalski, NIP 8121236616, adres siedziby: ul. Adama Mickiewicza 23, 21-500 Biała Podlaska
R.1.3	Wpisane dane Zleceniobiorcy: Joanna Szyszkowska, adres: ul. Handlowa 8, 21-500 Biała Podlaska, seria i numer dowodu osobistego: YPC030293
R.1.4	Wpisany w § 1. przedmiot umowy/zakres czynności; wykonywanie zadań służby bezpieczeństwa i higieny pracy, pełnienie funkcji doradczych i kontrolnych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy lub inny zapis równoważny
R.1.5	Wpisane w § 2. częstotliwości wykonywania zadań wynikających z zawartej umowy: stosownie do potrzeb zleceniodawcy, nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu, od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.30.
R.1.6	Wpisany w § 3. zakres zadań z zakresu BHP: 1. przeprowadzanie szkoleń wstępnych dla pracowników nowo przyjętych oraz szkoleń okresowych dla wszystkich pracowników z dziedziny BHP, 2. bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń, 3. zgłaszanie wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy, 4. opiniowanie szczególnych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy, 5. doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy; Kryterium uznaje się za spełnione, jeżeli zostały wymienione co najmniej trzy zadania z wyżej wymienionych.

R.1.7	Wpisane w § 5. uprawnienia służby BHP: 1. przeprowadzanie kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przestrzegania przepisów oraz zasad w tym zakresie w zakładzie pracy i w każdym innym miejscu wykonywania pracy, 2. niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej, 3. niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób, 4. występowanie do pracodawcy z wnioskami o niedopuszczenie do pracy na zajmowanym stanowisku pracowników nieposiadających aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na zajmowanym stanowisku Kryterium uznaje się za spełnione, jeżeli zostały wymienione co najmniej dwa uprawnienia z wyżej wymienionych.
R.1.8	Wpisane w § 7. wynagrodzenie brutto: 5000 i wpisana kwota słownie: pięć tysięcy
R.1.9	Wpisany w § 8. czas obowiązywania umowy: 02.01.2025 do 31.12.2025
R.1.10	Wpisana w § 11. ilość sporządzonych egzemplarzy umowy: trzy egzemplarze, w tym dwa dla Zleceniodawcy i jeden dla Zleceniobiorcy
R.2	Rezultat 2: Polecenie przelewu - wydruk
	<i>Wypełniony druk nie zawiera błędów i literówek</i>
R.2.1	Wpisana w polu <i>nazwa odbiorcy</i> : Joanna Szyszkowska
R.2.2	Wpisany numer rachunku odbiorcy: 79 1370 1183 4351 9981 1920 5367
R.2.3	Wpisana kwota w zł : 3 950,00
R.2.4	Wpisany numer rachunku zleceniodawcy: 54 9291 0001 9446 9914 9313 7568
R.2.5	Wpisana nazwa zleceniodawcy: co najmniej CreativStudio Adam Pospieszalski
R.2.6	Wpisany tytuł wpłaty: Rachunek nr 1/BHP/2025 do umowy zlecenie nr 1/STUDIO/2025
R.3	Rezultat 3: Pełnomocnictwo PEL - wydruk
	<i>Wypełniony druk nie zawiera błędów i literówek</i>
R.3.1	Wpisane <i>Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa</i> w polu PESEL: 81042233656, w polu Data urodzenia: 22.04.1981
R.3.2	Wpisane <i>Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa</i> w polu Imię: Adam, w polu Nazwisko: Pospieszalski
R.3.3	Wpisane <i>Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa</i> w polu Ulica: Adama Mickiewicza, w polu Numer domu: 23
R.3.4	Zaznaczone pole w <i>Oświadczenie osoby, która udziela pełnomocnictwa</i> : tylko własnym
R.3.5	Wpisane <i>Dane pełnomocnika</i> w polu PESEL: 70032523220, w polu Data urodzenia: 25.03.1970
R.3.6	Wpisane <i>Dane pełnomocnika</i> w polu Imię: Jadwiga, w polu Nazwisko: Grudzień
R.3.7	Wpisane <i>Dane pełnomocnika</i> w polu <i>Ulica</i> : Żelazna, w polu <i>Numer domu</i> : 9, w polu <i>Numer lokalu</i> : 88, w polu <i>Kod pocztowy</i> : 03-501, w polu <i>Miejscowość</i> : Warszawa
R.3.8	Zaznaczone w <i>Zakres pełnomocnictwa</i> tylko pola: do załatwiania spraw w ZUS od 01.02.2025 do 01.09.2025 i do załatwiania spraw za pośrednictwem Platformy Usług Elektronicznych ZUS (PUE ZUS) od 10.02.2025 do 30.09.2025

R.3.9	Zaznaczone W zakresie PUE ZUS pełnomocnictwa udzielam do roli tylko pola: UBEZPIECZONY, ŚWIADCZENIOBIORCA, PŁATNIK SKŁADEK
R.3.10	Wypełnione pole: <i>Data</i> (dd/mm/rrrr): 01.02.2025
R.4	Rezultat 4: ZUS ZZA Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego - wydruk
	<i>Wypełniony druk nie zawiera błędów i literówek</i>
R.4.1	Wypełnione pola w II. <i>DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</i> : numer REGON 658039870, numer NIP 8121236616, numer PESEL 81042233656 Kryterium uznaje się za spełnione, jeżeli zostały wypełnione co najmniej dwa pola, z wyżej wymienionych
R.4.2	Wypełnione II. <i>DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</i> pole <i>Nazwisko</i> : Pospieszalski, pole <i>Imię pierwsze</i> : Adam
R.4.3	Wypełnione III. <i>DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</i> pola: <i>Nazwisko</i> : Grudzień, <i>Imię pierwsze</i> : Jadwiga
R.4.4	Wypełnione III. <i>DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</i> pole: <i>Numer PESEL</i> : 70032523220
R.4.5	Wypełnione III. <i>DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</i> pole <i>Data urodzenia</i> : 25.03.1970
R.4.6	Wypełnione III. <i>DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</i> pola: <i>Imię drugie</i> : Anna, <i>Nazwisko rodowe</i> : Kowalska
R.4.7	Wypełnione VI. <i>DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</i> pola: <i>Data powstania obowiązku ubezpieczenia</i> : 29.01.2025, <i>Kod oddziału NFZ</i> : 07R Nie wypełnione pola w VII <i>DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</i>
R.4.8	Wypełnione w VIII. <i>ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU</i> pola: <i>kod pocztowy</i> : 03-501, <i>Miejscowość</i> : Warszawa, <i>Ulica</i> : Żelazna, <i>Numer domu</i> : 9, <i>Numer lokalu</i> : 88 Nie wypełnione pola w IX <i>ADRES ZAMIESZKANIA</i> , X. <i>ADRES DO KORESPONDENCJI</i>
R.4.9	data wypełnienia (dd/mm/rrrr): data egzaminu