

# Notwendigkeitsbescheinigung

Für Maßeinlagen / Schuhzurichtungen an Sicherheitsschuhen

Auftraggeber	
Firma	
Abteilung	
Straße	
PLZ, Ort	

Hiermit bestätigen wir, dass unser/e Mitarbeiter/in

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Abteilung:	
Straße:	
PLZ, Ort:	

Schuhe mit folgenden Sicherheitsanforderungen

S1  S1P  S2  S3  ESD

benötigt.

Weiter sind folgende orthopädische Veränderungen am Schuh erforderlich:

1 Paar antistatische Einlagen nach Maß

---

Orthopädische Schuhzurichtung

---

Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers

**Wir erklären uns hiermit bereit, dass wir für o.g. Mitarbeiter den Arbeitgeberanteil in Höhe von \_\_\_\_\_ € übernehmen.**

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift Firmenstempel

Hinweis: Es ist darauf zu achten, dass die Schuhe mit dem CE-Zeichen versehen sind und eine Konformitätserklärung des Herstellers vorliegt (siehe EG-Richtlinie 89/686/EWG).

Zur Auswahl der an diesem Arbeitsplatz notwendigen Persönlichen Schutzausrüstung (PSA) sind die auftretenden Risiken zu ermitteln (siehe EG Richtlinie 89/656/EWG).