

Absender: (Name, Anschrift, Tel. Fax, E-Mail)

**Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz**  
**Don- Bosco Straße 1**  
**66119 Saarbrücken**

### **ANLAGE 1.3 ZU TRGS 519**

**Objektbezogene Mitteilung zu Tätigkeiten mit asbesthaltigen Gefahrstoffen**  
 Gemäß der Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen (GefStoffV) vom 26. November 2010, § 8 Abs. 8 i. V. mit Anhang I Nr. 2, Ziffer 2.4.2 und Nummer 3.2 TRGS 519 zeigen wir hiermit an, dass wir wie folgt mit asbesthaltigen Gefahrstoffen umgehen wollen:

**1. Anschrift der Arbeitsstätte/Baustelle:**

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

**2. Art/Bezeichnung und Menge des asbesthaltigen Produkts:**

**schwach gebundener Asbest**

Spritzasbest	kg		m <sup>3</sup>
Brandschutzplatten	kg		m <sup>3</sup>
Dichtungsschnüre	kg		
Speicherheizgeräte	kg		
	kg	m <sup>3</sup>	m <sup>2</sup>

**festgebundener Asbest**

Asbestzement	kg	m <sup>3</sup>	m <sup>2</sup>
--------------	----	----------------	----------------

**3. Durchzuführende Tätigkeiten:**

**Abbruch/Entfernen von festgebundenen Asbestprodukten:**

Entfernen von

**Abbruch/Sanierung von schwachgebundenen Asbestprodukten:**

Entfernen von und ersetzen durch

Beschichten

Räumliche Trennung

**Instandhaltung (umfangreich):**

Dachinstandsetzung

Bremseninstandsetzung

**Sonstige Tätigkeiten:**

4. **Name der weisungsbefugten sachkundigen Person vor Ort:**  
(Nachweis der Sachkunde nach Lehrgangsteilnahme ist beizufügen)

5. **Anzahl der Beschäftigten mit Asbest:**

6. **Beginn der Tätigkeit:** **Dauer:** **Tage/Wo**

7. **Maßnahmen zur Begrenzung der Asbestexposition:**

Gefährdungsbeurteilung nach Anlage 1.4 der TRGS 519 ist durchgeführt, dokumentiert und beigelegt

Arbeitsplan ist aufgestellt und beigelegt

Betriebsanweisung ist beigelegt

Ergänzende Angaben (bei umfangreichen AS-Arbeiten an schwach gebundenen Produkten nach Nummer 14.1 TRGS 519) gemäß Anlage 1.5 der TRGS sind beigelegt

8. **Verfahren/Ort der Abfallbehandlung:**

Mit der Beseitigung wird ein Entsorgungsfachbetrieb beauftragt

Die Beseitigung (Deponierung) erfolgt durch die ausführende Firma auf folgender für Asbest zugelassener Deponie:

Andere Art der Abfallbeseitigung:

9. **Arbeitsmedizinische Untersuchungen der Beschäftigten sind durchgeführt**  
(Die Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sind beizufügen)

10. **Kopien der Mitteilung abgegeben an:**

die Berufsgenossenschaft am:

die betroffenen Beschäftigten /Betriebs- bzw. Personalrat am:

---

(Ort, Datum)

---

(Verantwortlicher)