Ficha de Registro de Equipamenteos de Proteção Individual - EPI's

Empresa:

Funcionário:

Setor:

Declaração Responsabilidade de Uso Correto e Guarda

Declaro para todos os fins e efeitos previstos na Portaria 3.214 / 78 do – Ministério do Trabalho e Emprego, ter recebido, gratuitamente, os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) abaixo relacionados.

Declaro, também, que estou ciente, através de informação de profissional ligado a empresa, que este equipamento é indispensável à execução de minhas tarefas e trabalho, e que farei uso dos mesmos de acordo com as orientações recebidas.

Declaro ter recebido treinamento sobre o uso correto do EPI fornecido pela empresa.

Estou ciente de que constitui "Ato Faltoso" de minha parte, a recusa no uso correto do EPI, sendo passível de advertência, suspensão ou demissão por justa causa, uma vez que o uso do mesmo visa minha segurança e integridade física e pessoal.

Assinatura do Funcionário:_____

DATA	QDE	DESCRIÇÂO DE EPI's	Nº C.A	Devolvido em:	Responsavel	Assinatura
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		

DATA	QDE	DESCRIÇÂO DE EPI's	Nº C.A	Devolvido em:	Responsavel	Assinatura
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		
____/____/_____				____/___/____		