

DISTRIBUIÇÃO DE EPI (Equipamento de Proteção Individual)				
NOME DO FUNCIONÁRIO:			NÚMERO MECANOGRÁFICO:	
FUNÇÃO:				
DESIGNAÇÃO DO EPI	RISCOS ¹ (escolher o nº)	Receção do EPI		Devolução (Quem recebe a devolução)
		Funcionário	Chefia	
		Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____
		Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____
		Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____
		Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____
		Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____	Data: __/__/__ Ass: _____
¹ RISCOS A ELIMINAR / MINIMIZAR				
1 - Quedas ao mesmo nível 2 - Queda de objetos 3 - Queda por esmagamento 4 - Esmagamento das extremidades (mãos/pés) 5 - Cortes 6 - Entalamentos 7 - Corte por objetos pontiagudos ou cortantes 8 - Impacto (choque) com objetos 9 - Exposição ao ruído 10 - Exposição a poeiras 11 - Exposição a intensidades luminosas desadequadas		12 - Pancadas na cabeça 13 - Projeção de estilhaços 14 - Projeção de partículas 15 - Eletrocussão 16 - Queimaduras 17 - Contacto com substâncias perigosas 18 - Exposição a radiações 19 - Exposição a atmosferas com oxigénio rarefeito 20 - Lesões Musculo Esqueléticas Outros: 21 _____ 22 _____		
DECLARAÇÃO				
Declaro que recebi os Equipamentos de Proteção Individual acima mencionados, comprometendo-me a utilizá-los corretamente de acordo com as instruções recebidas, a observá-los e a mantê-los em bom estado, bem como a participar todas as avarias ou deficiências de que deles tenha conhecimento.				
Data: __/__/__ Assinatura do Funcionário: _____				