

Checklist de EPI's

SETOR: _____

NOME: _____ DATA: _____

NO.	NOME	SIM	NÃO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

DECLARO QUE RECEBI ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO CONFORME PROCEDIMENTOS REALIZADOS NESTA.

RESPONSÁVEL PELO SETOR: _____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: _____