

SEGURANÇA	SISTEMA DE GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO	
	FORMULÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO / DEVOLUÇÃO DE EPI's	

Nome do Trabalhador:		Número:
Função:		
Área Funcional:		
Local:		

RISCOS A PROTEGER ASSOCIADOS A FUNÇÃO			
1 – Quedas em altura		11 – Pancadas na cabeça	
2 – Quedas ao mesmo nível		12 – Cortes	
3 – Queda de objectos		13 – Estilhaços	
4 – Queda por escorregamento		14 – Entalamentos	
5 – Objectos pontiagudos ou cortantes		15 – Electrocussão	
6 – Esmagamento do pé		16 - _____	
7 – Torção do pé		17 - _____	
8 – Choque ao nível dos maléolos		18 - _____	
9 – Choque ao nível do metatarso		19 - _____	
10 – Choque ao nível da perna		20 - _____	

Ref.	Designação do E.P.I.	Riscos (1)	Recepção (2)	Devolução (3)
			Data: __/__/__	Data: __/__/__
			Ass.: _____	Ass.: _____
			Data: __/__/__	Data: __/__/__
			Ass.: _____	Ass.: _____
			Data: __/__/__	Data: __/__/__
			Ass.: _____	Ass.: _____
			Data: __/__/__	Data: __/__/__
			Ass.: _____	Ass.: _____
			Data: __/__/__	Data: __/__/__
			Ass.: _____	Ass.: _____

(1) Indicar Códigos de acordo com a tabela acima (2) Assinatura do Trabalhador (3) Assinatura de quem receber

DECLARAÇÃO

Declaro que recebi os Equipamentos de Protecção Individual acima mencionados, Comprometendo-me a utilizá-los correctamente de acordo com as instruções recebidas, a conservá-los e mantê-los em bom estado, e a participar todas as avarias ou deficiências que tenha conhecimento.	
Data: __/__/__	Ass.: _____
NOME: _____	DATA: _____
Responsável pela Segurança Ass.: _____	
NOME: _____	DATA: _____
Director da Área Funcional Ass.: _____	