

Nome do Trabalhador	
Número Interno	
Função	

Designação do EPI	Riscos	Receção do EPI				Devolução do EPI	
		Trabalhador		Chefia		quem recebe a devolução	
		data	Assinatura	data	Assinatura	data	Assinatura

RISCOS A ELIMINAR/MINIMIZAR			
1	Quedas ao mesmo nível	11	Exposição a agentes biológicos (Vírus, bactérias, fungos)
2	Queda de objetos	12	Exposição a intensidades luminosas desadequadas
3	Queda por esmagamento	13	Pancadas na cabeça
4	Esmagamento das extremidades (mãos/pés)	14	Projeção de estilhaços
5	Cortes	15	Projeção de partículas
6	Entalamentos	16	Eletrocussão
7	Corte por objetos pontiagudos ou cortantes	17	Queimaduras
8	Impacto (choque) com objetos	18	Contacto com substâncias perigosas
9	Exposição ao ruído	19	Exposição a radiações
10	Exposição a poeiras	20	Exposição a atmosferas com oxigénio rarefeito

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. Mais declaro que o seu não uso é da minha única e inteira responsabilidade.	
Data: ____/____/____	Assinatura: _____