U N I V E R S I D A D E D E S Ã O P A U L O

CODAGE / DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

SESMT

FICHA DE CONTROLE DE ENTREGA DE EPI

UNIDADE:	
SERVIDOR:	**CODPES:**
DEPARTAMENTO:	**SETOR:**
FUNÇÃO:	

DATA	EPI	Nº CA	VALIDADE DO EPI	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que recebi os Equipamentos de Proteção Individual, acima relacionados, me foram fornecidos gratuitamente nos termos do art. 166 CLT, e seguem o item 6.3 da NR – 6 da Portaria 3.214 de 08/06/78.
Declaro estar ciente que, de acordo com art. 158 CLT, e item 6.7.1 da NR – 6 da mesma Portaria, devo usar obrigatoriamente esses equipamentos durante toda a execução do trabalho; responsabilizar-me pela guarda e conservação; comunicar qualquer alteração que os tornem parcial ou totalmente danificados; responsabilizar–me pela sua danificação nos casos de uso inadequado ou pelo seu extravio.
Fico ciente pela não utilização do EPI em serviço, que estarei sujeito às sanções disciplinares cabíveis de acordo com a legislação vigente.
Declaro ainda que recebi treinamento com instruções de utilização e conservação dos EPIs.

Assinatura do Funcionário:	Data: ___/___/_____