



Motivazione: Furto

REPARTO: BAA L21

NOMINATIVO: LARONCA PIERLUIGI BADGE 15935

MANSIONE: OSP

Ai sensi del D.Lgs. 81/2008, Magna P.T. SpA **consegna** al dipendente intestatario della presente scheda, gli elencati Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).

41455

TIPOLOGIA DI D.P.I.

N°

Casco di protezione  
Felpa  
Calzature di sicurezza  
Maglia m/c  
Maglia m/l  
Pantaloni  
Occhiali paraschegge  
Occhiali a maschera  
Inserti auricolari con archetto  
Facciali Filtranti monouso  
Semi maschera riutilizzabile  
Guanti anticalore  
Guanti dielettrici  
Cuffie auricolari  
Tuta monouso  
Calzari

11 Power Sling  
42

|                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |

Il lavoratore firmando il presente modulo dichiara di aver ricevuto i dispositivi di protezione individuale indicati e di impegnarsi:

- ad usarli in modo appropriato e con cura;
- di segnalare al datore di lavoro, dirigente, preposto eventuali anomalie di funzionamento;
- di mantenerli sempre efficienti;
- di non modificare in qualche modo il funzionamento;
- di richiedere immediatamente la sostituzione in caso di rottura, usura, esaurimento o perdita.

Data,

Firma Coordinatore

Firma del lavoratore

15/04/24

MOTIVAZIONE: Furto



REPARTO: BAA L21

NOMINATIVO: LARONCA Pierluigi BADGE 18938

MANSIONE: OSP

Ai sensi del D.Lgs. 81/2008, Magna P.T. SpA **consegna** al dipendente intestatario della presente scheda, gli elencati Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).

TIPOLOGIA DI D.P.I.

N°

Casco di protezione  
Felpa  
Calzature di sicurezza  
Maglia m/c  
Maglia m/l  
Pantaloni  
Occhiali paraschegge  
Occhiali a maschera  
Inserti auricolari con archetto  
Facciali Filtranti monouso  
Semi maschera riutilizzabile  
Guanti anticalore  
Guanti dielettrici  
Cuffie auricolari  
Tuta monouso  
Calzari

*11 lower Sirog  
42*

|                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            |

*38248*

Il lavoratore firmando il presente modulo dichiara di aver ricevuto i dispositivi di protezione individuale indicati e di impegnarsi:

- ad usarli in modo appropriato e con cura;
- di segnalare al datore di lavoro, dirigente, preposto eventuali anomalie di funzionamento;
- di mantenerli sempre efficienti;
- di non modificare in qualche modo il funzionamento;
- di richiedere immediatamente la sostituzione in caso di rottura, usura, esaurimento o perdita.

Data,

Firma Coordinatore

Firma del lavoratore

*15/01/24*

*Deve portare l'originale, firmato dal coord. G. Russo*