



REPARTO: BAP 3

NOMINATIVO: BAGLIVO DOMENICO BADGE 15561

MANSIONE: ODP

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  
Berretto Blu Aircap Mp 25mm ventilato

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

9 x 2

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 del lavoratore

FIRMA COORD  
  
BAP 3