| | |
|---|---|
| 1 – NOME DO FUNCIONÁRIO: **PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA** | 2 – EMPRESA: **DGX TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EIRELI - MATRIZ** |
| 3 – FUNÇÃO: **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS** | 4 – DATA DE ADMISSÃO: **06/05/2023**   5 - DATA DEMISSÃO: |

Em atenção à portaria Ministerial nº 3.214 de 08/06/1978, NR 6 – Ministério do Trabalho, DECLARO ter recebido o(s) Equipamento(s) de proteção individual (EPI's), abaixo especificado(s), nos termos dos artigos de 166 e 167 CLP, com redação da Lei Federal nº 6.514/77, e recebi treinamento para o uso correto do(s) mesmo(s) e fui orientado da obrigatoriedade do uso. COMPROMETO-ME a utiliza-los sempre para os fins a que se destinam, estando ciente de que a não utilização dos mesmo incorrerá contra a minha pessoa em alto faltoso, sujeitando-me ás penalidades legais, de acordo com o disposto na CLT, capitulo V, seção 1, artigo 158 e NR 1, item 8, subitem 1.8.1. RESPONSABILIZO-ME por sua guarda, conservação, uso correto, e a devolução ao Dep. Segurança do Trabalho em qualquer estado que se encontre, indenizando a empresa em caso de perda, extravio ou danos por uso incorreto (art. 462, parágrafo 1º da CLT) e a comunicação ao superior hierárquico ou Técnico de Segurança do trabalho caso ocorra alteração que torne impróprio para uso.

| DATA ENTREGA | QTD | DESCRIÇÃO | CA nº | MOTIVO | | | | ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO | DEVOLUÇÃO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | A | S | P | D | | DATA | RECEPTOR |
| 06 5 23 | 02 | CALÇAS GABARDINE | | x | | | | Paula dos Santos | | |
| 06 5 23 | 02 | CAMISETAS CINZA | | x | | | | Paula dos Santos | | |
| 06 5 23 | 01 | BLUSA | | x | | | | Paula dos Santos | | |
| 06 5 23 | 01 | COLETE REFLETIVO | | x | | | | Paula dos Santos | | |
| 06 5 23 | 02 | LUVAS LATEX | | x | | | | Paula dos Santos | | |
| 06 5 23 | 01 | SAPATO SEGURANÇA | | x | | | | Paula dos Santos | | |
| 06 5 23 | 01 | BOTA SEG. PVC | | x | | | | Paula dos Santos | | |
| 09 6 23 | 02 | LUVAS LATEX | | x | | | | Paula dos Santos | | |
| | | | | x | | | | | | |
| | | | | x | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |