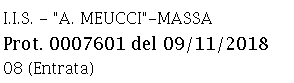
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
|  |  | ***3*** |
|  | ***“CONSEGNA/VERIFICA DEI D.P.I. AI*** ***DIPENDENTI”***  *(DOCENTI – ATA - TECNICI).*  *ISTITUTO SUPERIORE STATALE ‘A.MEUCCI’* | |

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NATO

RESIDENTE QUALIFICA

IN QUALITA’ DI DIPENDENTE PRESSO

ISTITUTO SUPERIORE STATALE ‘A.MEUCCI’

*DICHIARA:*

**A**.DI AVER IN.DOTAZIONE/RICEVUTO DAL DIRIGENTE SCOLASTICO:

IN BASE AL D.LGS.81/08 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI, **I SEGUENTI D.P.I.**, CHE DEVONO ESSERE OBBLIGATORIAMENTE UTILIZZATI IN TUTTE LE FASI LAVORATIVE,

PREVISTE DALLE “PROCEDURE DI LAVORO” E DAL “DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI” DELLA SCUOLA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *TUTA DA LAVORO* |  | *□* |
| *CALZATURE DA LAVORO* |  | *□* |
| *GUANTI CONTRO RISCHI* | *CHIMICI* | *□* |
| *GUANTI CONTRO RISCHI* | *MECCANICI* | *□* |

MASCHERINA ANTIPOLVERE □

OCCHIALI PROTETTIVI □

TAPPI/CUFFIE □

ALTRO (SPECIFICARE) □ ALTRO (SPECIFICARE) □

**B**.DI RICHIEDERE AL DIRIGENTE SCOLASTICO (O DELEGATO) UN NUOVO D.P.I.\_ IN CASO DI

SMARRIMENTO/ROTTURA\_ PRIMA DI INIZIARE UNA LAVORAZIONE PREVISTA CON DISPOSITIVO DI PREZIONE. **C**.DI NON EFFETTUARE ALCUNA ATTIVITA’ DI LABORATORIO SENZA LA ‘TUTA’ E/O I ‘D.P.I.’

PREVISTI PER L’ESERCITAZIONE.

*, .*

*LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO.*