MODELLO 1 d.p.i. / d.m. ***Allegato 3***

SCHEDA PERSONALE CONSEGNA D.P.I. / D.M. AD USO PERSONALE

Per la compilazione e trasmissione scheda si rimanda al punto 12 pag. 31 della procedura operativa di cui sopra

S.O.C. – S.S.V.D. – S.S. – altro _____ del

PRESIDIO OSP: Acqui T. ☐ – Casale M. ☐ – Novi L. ☐ – Ovada ☐ – Tortona ☐

DISTRETTO: Acqui T. ☐ – Alessandria ☐ – Casale M. ☐ – Novi L. ☐ – Ovada ☐ – Tortona ☐ – Valenza Po ☐

DIPARTIMENTO: Tecnico Logistico ☐ – di Prevenzione ☐ – delle Dipendenze ☐ – del Farmaco ☐ – della Salute Mentale ☐

LAVORATORE _____

D.P.I. / D.M.	N° / taglia	Quantità	Sostituito il	Data consegna	Firma per ricevuta

Il/la sottoscritto/a…….in qualità di Lavoratore presso l’ASL AL dichiara:

- di essere stato/a informato/a dove sono collocati, presso la S.O.C. / S.O.S. di appartenenza, i D.P.I. / D.M. monouso e collettivi e i dispositivi medici di sicurezza
- di aver preso visione delle procedure specifiche alle quali attenersi per il corretto ricondizionamento dei DPI destinati ad essere riutilizzati più volte
- di aver ricevuto preventiva informazione, formazione, addestramento (solo per D.P.I. di IIIª cat.)
- di impegnarmi ad utilizzare i D.P.I. e di non apportare loro modifiche di propria iniziativa
- di segnalare immediatamente, al Preposto o Dirigente, qualsiasi difetto o inconveniente rilevato per i D.P.I. / D.M. messi a disposizione

Data……..……Firma del Lavoratore……

N.B. I D.P.I. (non quelli monouso) in caso di rottura o usura verranno sostituiti nel minor tempo tecnico possibile. Per poter avere i nuovi D.P.I. è necessario consegnare quelli vecchi.