

RECIBO DE ENTREGA E TERMO DE RESPONSABILIDADE

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

NOME: _____ Nº FUNCIONAL: _____
FUNÇÃO: _____ DEPARTAMENTO/SEÇÃO: _____

Declaro que recebi da FMRP-USP, através da minha chefia imediata, o(s) equipamento(s) de proteção individual abaixo, para meu uso pessoal e obrigatório exclusivamente em serviço, conforme orientação recebida, os quais ficam sob minha total responsabilidade. Estou ciente que o(s) equipamento(s) deverá(ão) ser devolvidos em caso de troca ou reposição, bem como em caso de me desligar desta Faculdade, sob pena de indenização. Declaro também estar ciente de minhas obrigações quanto às normas de utilização, limpeza, conservação e guarda. Em conformidade com a legislação vigente, comprometo-me a utilizá-los, sabendo que seu uso é obrigatório, e, no caso de eu ser surpreendido sem os mesmos, tenho ciência de que poderei responder em sindicância e estarei sujeito as penas disciplinares da Universidade de São Paulo.

DATA DE ENTREGA (dia/mes/ano)	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO	C.A.	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	OBSERVAÇÕES (F/D/R/T)

OBS: F = FORNECIMENTO D = DEVOLUÇÃO R = REPOSIÇÃO T = TROCA C.A. = Certificado de Aprovação