



REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE VITERBO

Prot. _____

Viterbo, lì _____

OGGETTO: FORNITURA DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Il sottoscritto _____, nella sua qualità di Dirigente
(cognome e nome)

del _____ di _____
(Servizio -reparto-u.o.) (specificare)

DICHIARA

di aver fornito al dipendente _____ con la mansione di _____
(cognome e nome) (specificare)

i sottoelencati D.P.I.:

D.P.I.	TIPO E/O MARCA	NUMERO E/O PAIA

Il lavoratore è stato altresì **informato** che è suo preciso **dovere** aver cura dei dispositivi di protezione **personali** forniti, di non apportarvi modifiche, di utilizzarli nei modi e per le attività illustrate con.....

.....
(specificare le modalità delle informazioni)

e di segnalare con tempestività a

.....
(specificare il soggetto)

qualsiasi mancanza, difetto o inconveniente al riguardo.

In caso di inadempienza saranno attivate le sanzioni disciplinari ai sensi dell'art. 30, comma 4 lettera d, del vigente C.C.N.L. e, nei casi più gravi possono trovare applicazione le sanzioni penali previste dalle vigenti normative in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro.

PER RICEVUTA E PRESA VISIONE
IL DIPENDENTE

IL DIRIGENTE
