

**VERBALE DI CONSEGNA D.P.I.** (Dispositivi di protezione individuale) e **D.M.** (Dispositivi medici)

Io sottoscritto in qualità di lavoratore/lavoratrice dell'Istituto \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
In parziale ottemperanza del DPCM 11 marzo 2020 e dell'art. 77, c. 3, D. Lgs. n. 81/2008 s.m.i.

**DICHIARO**

**di ricevere i seguenti Dispositivi di Protezione Individuale D.P.I.**  
(barrare quelli realmente consegnati)

<b>Cognome Nome Lavoratore</b>		<b>Qualifica</b>	
------------------------------------	--	------------------	--

<b>Protezione delle Vie Respiratorie</b> n. ____ Mascherina (facciale filtrante) FFP2 EN149:2001 NR (monouso) / R (riutilizzabili) n. ____ Mascherina (facciale filtrante) FFP3 EN149:2001+A12009 NR (monouso) / R (riutilizzabili)	<b>Protezione degli occhi/viso</b> n. ____ Visiera protettiva DIN EN 166:2002 - REG. 2016/425 - DIR.2001/95/CE (contro schizzi liquidi e i droplet)
<b>Protezione del Corpo</b> n. ____ Tuta monouso (TNT) EN 340 EN 14126 (contro agenti infettivi) n. ____ Camice monouso (TNT) EN 340 EN 14126	<b>Protezione delle mani</b> n. ____ Guanti in gomma o neoprene UNI EN 374(2004) (contro prodotti chimici e microrganismi) n. ____ Guanti monouso UNI EN 420 / UE 2016/425 /CE (contro prodotti chimici e microrganismi)
<b>Altro</b> n. ____ _____ n. ____ _____	<b>Altro</b> n. ____ _____ n. ____ _____ n. ____ _____ n. ____ _____

**LE RICORDIAMO CHE**

I suddetti mezzi di protezione individuale e qualunque altro dovessero venire adoperati, nonché i dispositivi di sicurezza devono essere da Lei utilizzati in modo corretto. La mancata ottemperanza al suddetto obbligo è punita con l'arresto fino ad un mese o con l'ammenda da 200 a 600 € per la violazione dell'art. 20, c.2, lett. c), D. Lgs. n. 81/2008 s.m.i.

**DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE/TRICE**

Ricevo il materiale antinfortunistico sopra elencato, nuovo di fabbrica ed in perfetto stato di efficienza, sono stato/ta istruito/ta sul corretto uso ed ho compreso le indicazioni e le istruzioni verbalmente impartite

Luogo \_\_\_\_\_

Firma del lavoratore/trice per ricevuta

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_