

DICHIARAZIONE DI POSSESSO D.P.I

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: _____

NATO/A IL _____ A _____

RESIDENTE A _____

QUALIFICA _____

IN QUALITA' DI DIPENDENTE PRESSO

L'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

"MARCHESE LAPO NICCOLINI"

P.ZZA CADUTI DI CEFALONIA E CORFU' N. 1 – PONSACCO (PI)

DICHIARA:

DI ESSERE IN POSSESSO

DEI SEGUENTI D.P.I

CHE DEVONO ESSERE OBBLIGATORIAMENTE UTILIZZATI IN TUTTE LE FASI LAVORATIVE PREV STE DALLE "PROCEDURE DI LAVORO" E DAL "DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI" DELLA SCUOLA:

CALZATURE DA LAVORO ☐

GUANTI CONTRO RISCHI CHIMICI ☐

OCCHIALI PROTETTIVI ☐

ALTRO SPECIFICARE _____ ☐

Ponsacco, _____

(Letto, confermato e sottoscritto)