FORMULARIO III

CONTROL DE UTILIZACIÓN DE EPIS POR PUESTO DE TRABAJO									
PUESTO	**EQUIPOS PROTECCIÓN INDIVIDUAL**	**FECHA**	**LLEVA**		**FIRMA TRABAJADOR**	**FECHA**	**LLEVA**		**FIRMA**
	Epi's de uso obligatorio		**SI**	**NO**			**SI**	**NO**	
	Epi's de uso recomendado								
	Epi's de uso obligatorio	**FECHA**	**SI**	**NO**	**FIRMA TRABAJ.**	**FECHA**	**SI**	**NO**	**FIRMA**
	Epi's de uso recomendado								
	Epi's de uso obligatorio	**FECHA**	**SI**	**NO**	**FIRMA TRABAJ.**	**FECHA**	**SI**	**NO**	**FIRMA**
	Epi's de uso recomendado								