NOME: Adrian Silva Oliveira

FUNÇÃO: Operador de Loja

Eu, declaro que devolvi o(s) equipamento de proteção citados abaixo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adrian Silva Oliveira

11 de Março de 2024

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Quant.** | **Discriminação do EPI** | CA | **Assinatura do Empregado** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |