D./Dª. .................................................................................................................................., con DNI número ........................................................., del departamento o área ...................................................................,

**RECONOCE**

haber recibido de **XXX** (***PONER NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN)***, los siguientes Equipos de Protección Individual, en buen estado de conservación, obligatorios en su puesto de trabajo, para dar cumplimiento a lo marcado en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el Estatuto de los trabajadores y demás disposiciones legales que le sean de aplicación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EPI  *(Indicar características ej.: modelo)* | CANTIDAD | FECHA DE ENTREGA / REPOSICIÓN | FIRMA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**RECONOCE***, además, haber sido informado de las normas y condiciones de uso de dichos EPIs.*

Se **COMPROMETE** a**:**

1. *Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo según lo establecido en dichas normas y condiciones de uso.*
2. *Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.*
3. *Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.*

*En ……………….. a............de...........................20.....*

Firma: