

CONSTANCIA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN RESOLUCION 299/2011

RAZON SOCIAL:		CUIT:	
DIRECCION:	LOCALIDAD:	CP:	PROVINCIA:
NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR:			DNI:
DESCRIPCION BREVE DEL PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA:			
ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL NECESARIO PARA QUE EL TRABAJADOR DESEMPEÑE SU TAREA:			

Por la presente, me notifico de la obligación de utilizar los elementos de protección personal (EPP) que me han sido entregados durante todo el tiempo en que me encuentre expuesto a los riesgos. Dicha obligación se fundamenta en el Artículo 75 de la Ley de Contrato de Trabajo, los Artículos 189 y 190 del Decreto 351/79, el Decreto 911/96 (Reglamentario de la Ley Nacional 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo), la Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo y las demás normas y disposiciones legales vigentes en materia de Higiene y Seguridad Laboral.

Me comprometo a mantener los elementos de protección a mi cargo en óptimas condiciones de uso y aseo, obligándome a comunicar de manera inmediata al encargado o titular de la empresa cualquier rotura, pérdida o disminución de sus cualidades, con el fin de proceder a su reemplazo y poder continuar la tarea con la protección necesaria para mi integridad física. De acuerdo con el Artículo 10, inciso f) del Convenio Colectivo de Trabajo 335/75, se retornará a la empresa toda indumentaria que no haya cumplido un tiempo de uso superior o igual a seis (6) meses.

Declaro haber recibido la capacitación necesaria para el uso de los EPP entregados, con el objetivo de protegerme de los riesgos inherentes a la tarea encomendada. Asimismo, me comprometo a utilizar dichos elementos de protección personal tanto dentro como fuera de las instalaciones de la empresa, siempre que esté realizando tareas para la misma.

Se deja constancia de que todos los EPP entregados cumplen con lo establecido por la Resolución 18/2025, la cual rige el nuevo Reglamento Técnico para la certificación obligatoria de EPP, reemplazando a la anterior Resolución 896/99.

	PRODUCTO	TIPO/MODELO	MARCA	POSEE CERTIFICACION IRAM	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	FIRMA DEL TRABAJADOR
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							