

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN 2 02.03.2017
Toma de Conocimiento		COD: TRN - 003

OBLIGACIÓN DE INFORMAR LOS RIESGOS LABORALES

Versión 3

Yo, _____, RUT: _____, con fecha ____ / ____ / ____, declaro haber recibido y haber sido informado y capacitado, sobre los riesgos que están presentes en mi labor de _____, además de las medidas preventivas y de los métodos de trabajo correctos, DS N°40 y los artículos N°153 y N°154 del código del trabajo, y me comprometo a cumplir todas las normas estipuladas en el presente documento.

Nombre del Relator: FABIOLA MORAGA OYARCE

Cargo del Relator: INGENIERO EN PREVENCION DE RIESGOS

FIRMA TRABAJADOR

FIRMA RELATOR

NOMBRE Y FIRMA CPHS