

Formulario de Petición de Calzado de Seguridad - Facilities Management

Todo el calzado de seguridad debe cumplir con el estándar ASTM 2413-18, o uno equivalente, para cumplir con las especificaciones de compresión (75), impacto (75) y riesgo por electricidad (EH).

A: Gerencia de Instalaciones (FM) Recursos Humanos/Oficina de Seguridad & Salud

DE: _____
Nombre del empleado – En mayúsculas

Unidad/Taller del empleado: _____

Puesto del empleado: _____

1. ¿Le ha entregado FM calzado de seguridad antes? **Sí** ☐ **No** ☐

2. Elija la razón para su petición de calzado de seguridad:

☐ **Mal Ajuste**

☐ **Desgaste**

☐ **Calzado con Fugas**

☐ **Otros** _____

3. ¿Con qué frecuencia lleva su calzado de seguridad:

☐ **A diario**

☐ **Varias veces por semana**

☐ **Varias veces al mes**

Firma del empleado: _____
(Firma) (Fecha)

Aprobado por Oficina de Seguridad & Salud: _____
(Firma) (Fecha)

Equipo Personal Protector FRS 1-189000
Número de orden de trabajo WT-100-_____ (Sufijo del taller)

El calzado de seguridad, si se aprueba, no se entregará más de una vez cada dos años. El calzado de seguridad se sustituirá dentro del periodo de dos años si está dañado o muy desgastado o si el empleado ya no puede conseguir un buen ajuste. Envíe este formulario para todas las solicitudes de calzado de seguridad y aprobación de sustitución de calzado.