



SERESMA ENTREGA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

PUESTO DE TRABAJO	LIMPIADOR/A
NOMBRE DEL TRABAJADOR	ELSSY NAVIA
CENTRO DE TRABAJO	

Reconoce:

- ☒ Haber recibido ☒ Que están a su disposición

Los siguientes equipos de protección individual:

- ☒ UNIFORME COMPLETO
- ☒ CALZADO
- ☒ GUANTES
- ☒ GAFAS
- ☒ MASCARILLAS
- ☐

Aceptando el compromiso que se le solicita de:

- Utilizar este equipo durante su jornada de trabajo cuando sea obligatorio.
- Leer el "folleto informativo" del fabricante, para hacer un correcto uso y mantenimiento de este.

FIRMA	FECHA
 Fdo.:	21-04-2025



**SERESMA CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN DE
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL SERESMA**

PUESTO DE TRABAJO	LIMPIADOR/A
NOMBRE DEL TRABAJADOR	ELSSY NAVIA
CENTRO DE TRABAJO	

D. Daniel Martín en su calidad de responsable de P.R.L. designado de la empresa SERESMA SL con domicilio en calle Pablo Casals 10-B de Parla CP: 28981 Madrid con CIF: B-78806452

Certifica:

Que el trabajador/a arriba mencionado, ha recibido la formación relativa al curso de Principios básicos de prevención de riesgos laborales del Sector de Limpieza.

Que ha sido impartido por Daniel Martín López, responsable designado por la empresa, con la calificación de Técnico nivel Básico en Prevención de Riesgos Laborales.

Que el curso se ajusta a lo establecido en el artículo 19 de la ley de Prevención de Resgos Laborales.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, incluyo sello de la empresa representada.

FIRMA	FECHA
 Fdo.:	21-04-2025

PUESTO DE TRABAJO	LIMPIADOR/A
NOMBRE DEL TRABAJADOR	ELSSY NAVIA
CENTRO DE TRABAJO	

El trabajador arriba mencionado, en su calidad de empleado de la empresa **SERESMA S.L.** reconoce haber sido informado en todo lo referente al **art. 22 de la ley 31/1995** y de los derechos que en él se recogen en cuanto a la garantía del empresario a los trabajadores a su servicio de la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

De tal manera, hace constar su:

☐

Renuncia voluntaria

☐

Consentimiento

A someterse al reconocimiento médico específico que en dicho artículo se recoge.

Y para que así conste, se firma la presente en el día de la fecha.

FIRMA	FECHA
Fdo.: 	21-04-2025

PCL XL Error

Subsystem:

Error:

Operator:

Position:

I/O

InputReadError

ReadImage

259