Condiciones Generales de Ingreso a Espacio Confinado

- Anexo I -

Fecha del Operativo:

Dirección/ Distrito/ Sector:

	Complete por **SI** o por **NO** cada pregunta								A completar por el Supervisor *	
	Nombre y Apellido	Legajo	¿Presenta síntomas gripales: fiebre, tos, dolor de cabeza o malestar general?	¿Está tomando medicamentos que puedan causar sueño, mareos o alteración de la concentración?	¿Presenta alguna limitación física que pueda afectar su movilidad, equilibrio o fuerza?	¿Se siente en condiciones anímicas para realizar la tarea de hoy?	¿Ha recibido la capacitación sobre la Prevención en Espacios Confinados ?	Firma	Personal Ingersante	Asistente
1										
2										
3										
4										
5										
6										

* El Supervisor indica con una **X** quien es el Personal Ingresante al espacio confinado y quien es Asistente. (Recuerde: si entran 2 (n) al espacio confinado se aseguran 3 (n+1) como Asistentes en superficie)

Observaciones

.....

Fima del Supervisor