NOME DA EMPRESA	MODELO DE CHECK LIST

Empresa:	Data da Inspeção: ____/_____/_____
Inspetor (es):	
Responsável pelo Local de Trabalho / Setor:	Local de Trabalho / Setor:
Referências Técnicas:	

ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO	N.A
Observação:			

Assinatura
NOME DO RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO

Assinatura
NOME DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL DE TRABALHO

© 2013 - Todos os Direitos Reservados.
Proibida a Reprodução Total ou Parcial sem a Permissão do Blog Segurança do Trabalho.