

Sede di: _____

CHECK LIST CORRETTA TENUTA, CERNITA E SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI

DIFFERENZIATA URBANA

Struttura / Servizio _____

Data: __ / __ / _____

Ora: __ , __

LOCALI ISPEZIONATI		CARTA - CARTONE		VETRO URBANO		PLASTICA E METALLI		RESIDUO SECCO		ORGANICO	
<u>Medicheria</u>	<input type="checkbox"/>	Tipologia Contenitore		Idoneo	Non Idoneo	Idoneo	Non Idoneo	Idoneo	Non Idoneo	Idoneo	Non Idoneo
<u>Ambulatorio</u>	<input type="checkbox"/>	Corretto Stoccaggio		si	no	si	no	si	no	si	no
<u>Deposito Sporco</u>	<input type="checkbox"/>	Corretta Cernita Rifiuti		si	no	si	no	si	no	si	no
<u>Bagni</u>	<input type="checkbox"/>	Corretto Riempimento		si	no	si	no	si	no	si	no
<u>Cucinetta</u>	<input type="checkbox"/>	Corretta Tenuta		si	no	si	no	si	no	si	no
<u>Stanza Degenza / Visita</u>	<input type="checkbox"/>	Verifica corretto utilizzo DIVISE/DISPOSITIVI previsti		si	no	si	no	si	no	si	no

ALTRI LOCALI - Specificare _____

Annotazioni: _____

Azioni correttive _____

FIRMA DEL CAPO SALA _____