

### Struttura: Ospedale / Distretto / Dipartimento

Sede di: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Ora: \_\_ , \_\_

### CHECK LIST CORRETTA TENUTA DEPOSITO TEMPORANEO Rifiuti Sanitari

LOCALI ISPEZIONATI	Locale _____				Locale _____				Locale _____			
	CORRETTA TENUTA contenitore		CORRETTA CHIUSURA contenitore		PESATURA giornaliera		Presenza ETICHETTA completa di DATA e SERVIZIO di PROVENIENZA		PRESENZA di CONTENITORI NON IDONEI		PROBLEMI di SICUREZZA	
RIFIUTI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (SOLIDI e LIQUIDI) <b>COD. 180103</b>	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
RIFIUTI DI LABORATORIO SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE <b>COD. 180106</b>	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI <b>COD. 180108</b>	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
VETRI SANITARI <b>COD. 150107</b>	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
IMBALLAGGI DI SOSTANZE PERICOLOSE O CONTAMINATE DA TALI SOSTANZE <b>COD. 150110</b>	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
Altri Rifiuti _____ <b>COD.</b>	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
Altri Rifiuti _____ <b>COD.</b>	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
<b>VERIFICA CORRETTO UTILIZZO DIVISE / DISPOSITIVI PREVISTI</b>					si	no	<b>PULIZIA DEPOSITO</b>			si	no	

Note: \_\_\_\_\_

REFERENTE STRUTTURA \_\_\_\_\_