

ALLEGATO E - SCHEDA ATTESTAZIONE ATTIVITÀ DI PULIZIA E SANIFICAZIONE

PULIZIA - SANIFICAZIONE	
AREA/ZONA/REPARTO	
OGGETTO DEL SERVIZIO DI PULIZIE (Stanza ,pavimenti sanitari, wc, ecc...)	
Con la compilazione del presente modulo si dichiara che il servizio di pulizia/igienizzazione/sanificazione è stato correttamente eseguito con prodotti idonei alla pulizia, disinfezione e sanificazione, secondo Capitolato	

Ospedale Santa Maria Goretti Latina ☐

Ospedale Fiorini Terracina ☐

Ospedale San Giovanni di Dio Fondi ☐

Ospedale Dono Svizzero di Formia ☐

Compilare il presente registro al termine dell'esecuzione dell'attività di pulizia e disinfezione. Si ricorda ai lavoratori di provvedere alla sanificazione al termine di ogni turno/ciclo lavorativo, utilizzando i prodotti messi a disposizione secondo Capitolato, idonei DPI

Data	Ora	Tipologia	Firma/ Timbro Caposervizio
		☐ Pulizia	
		☐ Sanificazione	
		☐ Pulizia	
		☐ Sanificazione	
		☐ Pulizia	
		☐ Sanificazione	
		☐ Pulizia	
		☐ Sanificazione	
		☐ Pulizia	
		☐ Sanificazione	
		☐ Pulizia	
		☐ Sanificazione	

Preso visione del Coordinatore della dichiarazione ricevuta

Data.....

Firma.....