

SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ SANIFICAZIONE

AREE ESTERNE

PRESIDIO
 OSPEDALIERO _____

DATA _____

UNITA' OPERATIVA _____

**NON CONFORMITA'
 AREE ESTERNE**

A) INGRESSI
B) RAMPE
C) SCALE DI SICUREZZA
D) BALCONI

E) CORTILI INTERNI
F) TERRAZZE
G) LASTRICI SOLARI
H) ALTRO

GIORNALIERA	Tutti i locali dove prevista	ATTIVITA'	N° interv	RISCONTRO DELLA NON CONFORMITA'		Insuff / Suff Buono
				Insufficiente	Note	
		Scopatura pavimenti	1			
		Lavaggio pavimenti	1			
		Vuotatura cestini	1			
		Scopatura scale di sicurezza	1			
		Lavaggio scale di sicurezza	1			
		Pulizia balconi e terrazzi	1			
		Pulizia passaggi pedonali	3			
		Pulizia viali	3			

ANNOTAZIONI: In caso di non conformità riscontrata nell'attività di pulizia, indicare nella colonna “**Insufficiente**” la rispondente sigla, utilizzando quelle riportate nella “**LEGENDA**” e indicare nella casella “**Note**” le motivazioni. Attivare la procedura di non conformità e chiedere alla Ditta appaltatrice il pronto ripristino delle pulizie. Se la non conformità viene risolta, la procedura viene archiviata. In caso di mancata risoluzione della non conformità inviare il modulo all'U.O. Professioni Infermieristiche e Ostetriche.

La non conformità riscontrata è stata risolta

SI

NO

LEGENDA: A = Addetti – ST = Strumenti – M = Metodo
 O = Orario – P = Prodotti – NE = Non Eseguito

Catania, li _____

IL RESPONSABILE
 DITTA _____

IL
 COORDINATORE _____

