

SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ SANIFICAZIONE

AREE ESTERNE

PRESIDIO
 OSPEDALIERO _____
 UNITA' OPERATIVA _____

DATA _____

NON CONFORMITA' AREE ESTERNE	A) INGRESSI	<input type="checkbox"/>	E) CORTILI INTERNI	<input type="checkbox"/>
	B) RAMPE	<input type="checkbox"/>	F) TERRAZZE	<input type="checkbox"/>
	C) SCALE DI SICUREZZA	<input type="checkbox"/>	G) LASTRICI SOLARI	<input type="checkbox"/>
	D) BALCONI	<input type="checkbox"/>	H) ALTRO	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

ATTIVITA'		N° interv	RISCONTRO DELLA NON CONFORMITA'		
			Insufficiente	Note	Insuff / Suff Buono
GIORNALIERA	Tutti i locali dove prevista				Qualità del servizio dopo intervento di ripristino
	Scopatura pavimenti	1			
	Lavaggio pavimenti	1			
	Vuotatura cestini	1			
SETTIMANALE	Tutti i locali dove prevista				
	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 _____

