

SCHEDA DI RILEVAZIONE IGIENICO SANITARIA DELLE STRUTTURE SCOLASTICHE

DATA _____ SCUOLA _____

COMUNE _____

PRIMA RILEVAZIONE

AREA ESTERNA

RECINZIONI E CANCELLI SICURI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
PRATO O SUPERFICI ESTERNE AGIBILI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
GIOCHI A NORMA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
SABBIERA CON POSSIBILITA' DI COPERTURA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ALTRO _____		

SCALE DI ACCESSO FORNITE DI STRISCE ANTISCIVOLO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ACCESSO PER DISABILI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

AREA INTERNA

Stato di salubrità dei locali

INFILTRAZIONI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
MUFFE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
RISCALDAMENTO EFFICIENTE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
BUONA ILLUMINAZIONE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
INFISSI DOTATI DI VASISTAS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ALTRO _____		

Fonti di pericolo

PARAPETTI SICURI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
PRESENZA DI SPIGOLI VIVI (infissi, manicotti idranti...)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
PRESENZA DI OSTACOLI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
RADIATORI PROTETTI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
RADIATORI CON FORMAZIONE DI RUGGINE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
LAMPADE PROTETTE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
VETRI E SPECCHI ANTISFONDAMENTO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

SCALE MUNITE DI STRISCE ANTISCIVOLO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
FILI ELETTRICI SCOPERTI O VOLANTI (v. aule di informatica)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Prevenzione incendi

VIE DI FUGA

ADEGUATE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
SEGNALATE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
NON OSTACOLATE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
APERTURA VERSO L'ESTERNO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
LAMPADE DI EMERGENZA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
PRESENZA DI ESTINTORI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ALTRO _____		

Servizi igienici

IN ASSENZA DI FINESTRE:

AREATORE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
EROGATORE DI SAPONE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ASCIUGAMANI MONOUSO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
WC PER DISABILI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Refettorio

PARETI LAVABILI FINO ALL'ALTEZZA DI 2 METRI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
AREA RISERVATA ALLA DISTRIBUZIONE:		
FORNITA DI PIASTRELLE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
PRESENZA DI UN LAVELLO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ARMADIO RIPOSTIGLIO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ASCIUGAMANI A PERDERE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
SAPONE LIQUIDO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Materiale per le pulizie

CONSERVATO IN LUOGO IDONEO E CHIUSO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
CONSEGNATO MATERIALE INFORMATIVO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

IL RILEVATORE
