

VERBALE DI SOPRALLUOGO PER L'ATTIVITA' DI CENTRO MASSAGGI E BENESSERE

Verbale n° _____ del _____

In data _____ alle ore _____ sottoscritt _____ Tecnico _____ della Prevenzione Ufficiali di P.G.
_____ e _____ ha _____ effettuato un sopralluogo
di:

verifica S.C.I.A. _____ presentata in data _____ prot. nr. _____
 vigilanza _____

presso l'esercizio denominato _____ sito nel Comune di _____
_____ in via/piazza _____ nr. _____

Tel. _____ fax. _____

Partita IVA : _____

di cui è Titolare/Legale Rappresentante _____ a

Nel corso del sopralluogo, effettuato alla presenza di: _____

_____ in qualità
di _____
nato/a _____
il _____ a _____
_____ e residente in _____
_____ via/piazza _____
_____ tel. _____

rilevando quanto segue:

REQUISITI STRUTTURALI

E' presente agli atti una planimetria	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> Acquisita	<input checked="" type="checkbox"/> Richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> NO
I locali sono conformi alla planimetria agli atti	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Presenza di aeroilluminazione naturale/artificiale	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Presenza impianti di condizionamento	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Pavimento a superficie lavabile	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Pareti di materiale liscio o facilmente lavabile	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Nr. servizi igienici per utenti : _____ annessi ai locali della attività	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Attrezzati per diversamente abili :	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Presenza di antibagno :	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
Dotazione di sapone liquido, asciugamani a perdere e cestino porta rifiuti:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			

VERBALE DI SOPRALLUOGO PER L'ATTIVITA' DI CENTRO MASSAGGI E BENESSERE

Nr. servizi igienici per titolare/dipendenti: _____
Presenza di locale /vano spogliatoio per il/la titolare / dipendenti
Dotazione di armadietti a doppio scomparto

SI NO
 SI NO
 SI NO

Area attesa :

Nr. Box / postazioni lavoro per : _____
Di cui nr. _____ dotati di lavamani (a comando non manuale SI)

Attività eseguite

PROTOCOLLI DI SANIFICAZIONE

Esiste un protocollo operativo di sanificazione degli ambienti?

SI

NO

Esiste un protocollo operativo di Prevenzione Legionella?

SI

NO

IMPIANTI TECNOLOGICI

Impianto elettrico

E' presente dichiarazione di conformità SI NO Acquisito

Richiesto

Vi sono apparecchi elettromeccanici per cui sono necessarie le verifiche periodiche dell'impianto

SI NO

Sono state effettuate le verifiche periodiche

SI NO

Impianto termico

E' presente dichiarazione di conformità SI NO Acquisito

Richiesto

Impianto _____

E' presente dichiarazione di conformità SI NO Acquisito

Richiesto

DOCUMENTAZIONE DA ACQUISIRE (se non già disponibile agli atti):

- planimetria locali in scala non inferiore a 1:100 indicante, per ogni locale, destinazione d'uso, superficie, altezza, operazioni che vi si svolgono;
- dichiarazioni di conformità imp. elettrico; imp. gas; imp. di condizionamento
- _____
- regolamenti interni
- titoli professionali
- elenco attività proposte nella attività

Presenza di idonea cartellonistica relativa al divieto di fumo SI NO

VERBALE DI SOPRALLUOGO PER L'ATTIVITA' DI CENTRO MASSAGGI E BENESSERE

presenza di dipendenti/collaboratori : SI NO
se SI :

- Sig./Sig.ra _____ qualifica: _____ attestato / diploma
professionale : _____
- Sig./Sig.ra _____ qualifica: _____ attestato / diploma
professionale : _____

CONDIZIONI IGIENICHE

Valutazione complessiva

Scarse Sufficienti Buone Ottime

ESITO DELLA VERIFICA:

- nessuna problematica evidenziata
- proposte di prescrizioni (con indicazione della norma evasa) da sottoporre all'approvazione dell'autorità/organo competente _____
- proposte di miglioramento _____

NOTE

IL/LA TITOLARE

(Timbro)

I VERBALIZZANTI

