



Rapporto di monitoraggio: N. _____ / ____ del ____ / ____ / ____

da inviare al Servizio Prevenzione e Protezione

Nome e cognome dell'addetto al controllo: _____

Presidio/Struttura: _____

Data e ora inizio e fine sopralluogo: _____

Luoghi/zone oggetto di sopralluogo: _____

Fattori, aspetti, situazioni visionati/verificati come da lista sotto riportata:

Presenza cartelli regolamentari che indicano il divieto di fumo:	Risposta	
01. nei locali principali?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
02. nei locali interni?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
03. i cartelli sono ben visibili?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
04. i cartelli sono in buone condizioni?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Durante il sopralluogo:	Risposta	
05. sono state viste persone fumare?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
06. è stato possibile individuare o riconoscere le persone viste a fumare?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
07. sono stati visti posacenere o contenitori simili?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
08. sono stati visti mozziconi di sigaretta?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
09. è stata segnalata la presenza di fumatori da altre persone?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

Informazioni/precisazioni

Ulteriori situazioni o comportamenti da segnalare

SONO STATI EMESSI DEI VERBALI DI ACCERTAMENTO E CONTESTAZIONE ? ☐ no ☐ Si N° ____

Documenti allegati al presente rapporto (es. foto) ☐ Nessuno ☐ Si N° ____

FIRMA ADDETTO

.....