

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

**Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**  
Dipartimento di Sanità Pubblica  
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica  
A.F. Igiene dell'abitato e delle Comunità

**VERBALE DI ISPEZIONE – SOPRALLUOGO (Strutture ricettive)**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ i sottoscritti \_\_\_\_\_ si  
sono recati presso \_\_\_\_\_  
sede legale \_\_\_\_\_

e alla presenza del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_ hanno rilevato quanto segue:

- Attiva svolta:
- **albergo**
- Residenza turistico/ Alberghiera
- Agriturismo
- Bed & Breakfast
- ..Altro.....

**In possesso di Agibilità/abitabilità**

- SI
- NO

In possesso del Certificato Prevenzione Incendi

- SI Prot. n. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- NO
- NON DOVUTO < 25 posti letto

**In possesso di Autorizzazione sanitaria D.I.A.**

- SI Prot. n. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- NO

**Uso dei locali interrati/ seminterrati**

- SI
- NO

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

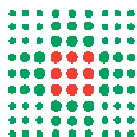
**Deroga se attività lavorativa**

**CICLO DELL'ACQUA**

- **Presenza impianto trattamento acqua potabile**  SI  NO
- **Presenza serbatoio per accumulo acqua potabile**  SI  NO
- **Presenza autoclave per acqua potabile**  SI  NO

**PRONTO SOCCORSO:**

- **dotazione cassetta di pronto soccorso**  SI  NO



**DOTAZIONE LOCALI DI SERVIZIO**

- Deposito attrezzature e prodotti per la pulizia  SI  NO
- Deposito materiali (reti, materassi, etc..)  SI  NO
- Deposito biancheria sporca  SI  NO

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Come avviene il lavaggio della biancheria sporca? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IMPIANTI DI TRATTAMENTO DELL' ARIA**

\_\_\_\_\_

**Prevenzione legionellosi**

\_\_\_\_\_

**SERVIZI ACCESSORI**

BAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
PRIMA COLAZIONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RISTORANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ALTRO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**CONDIZIONI IGIENICO – MANUTENTIVE DELLA STRUTTURA**

BUONE <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTI <input type="checkbox"/>	INSUFFICIENTI <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------------	--

**\_CONDIZIONI IGIENICO DI PULIZIA DELLA STRUTTURA**

BUONE <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTI <input type="checkbox"/>	INSUFFICIENTI <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------------	--

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DISPOSIZIONE DELLE CAMERE corrispondenza con quanto autorizzato (N. Camere \_\_\_\_\_ n. posti letto \_\_\_\_\_)

SE IN POSSESSO DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA

- composizione dei locali **MODIFICATA**  **INVARIATA**

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I VERBALIZZANTI**

Visto Il Responsabile U.F

\_\_\_\_\_