

N.	GIORNO	ORARIO	OPERATORE (Collaboratore Scolastico, Ente preposto, Ditta specializzata)	TIPOLOGIA DI SANIFICAZIONE					AMBIENTE (Aula, Corridoi, WC, Spazi Aperti, Palestra, Uffici)	PRODOTTO/I USATO/I	ANNOTAZIONI	FIRMA dell'OPERATORE (sigla, timbro, firma)
				Deterisione	Disinfezione	Disinfestazione	Derattizzazione	Climatizzazione (aerazione, deumidificazione, riscaldamento, raffrescamento)				
	L M Me G V S											
	L M Me G V S											
	L M Me G V S											
	L M Me G V S											
	L M Me G V S											
	L M Me G V S											
	L M Me G V S											
	L M Me G V S											
	L M Me G V S											

Il Responsabile di Plesso \_\_\_\_\_

Il presente Registro consta di n. \_\_\_\_\_ pagine.

Constatata la regolarità della compilazione del Registro e verificata l'effettiva attuazione delle operazioni in esso indicata, il presente documento viene vidimato dai sottoscritti per presa visione, controllo e miglioramento degli interventi effettuati.

....., li \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Il Referente Scolastico per l'emergenza sanitaria \_\_\_\_\_

Il R.L.S. \_\_\_\_\_

Il D.S.G.A. \_\_\_\_\_