



Collaboratore	Collaboratore	Collaboratore	Collaboratore	Collaboratore	Collaboratore
Attività svolta					
Altro:	Altro:	Altro:	Altro:	Altro:	Altro:
Luogo	Luogo	Luogo	Luogo	Luogo	Luogo
<input type="checkbox"/> Piano Terra <input type="checkbox"/> Piano I <input type="checkbox"/> Piano II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Piano Terra <input type="checkbox"/> Piano I <input type="checkbox"/> Piano II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Piano Terra <input type="checkbox"/> Piano I <input type="checkbox"/> Piano II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Piano Terra <input type="checkbox"/> Piano I <input type="checkbox"/> Piano II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Piano Terra <input type="checkbox"/> Piano I <input type="checkbox"/> Piano II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Piano Terra <input type="checkbox"/> Piano I <input type="checkbox"/> Piano II <input type="checkbox"/>
Prodotti utilizzati : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prodotti utilizzati : <input type="checkbox"/>	Prodotti utilizzati :	Prodotti utilizzati : <input type="checkbox"/>	Prodotti utilizzati : <input type="checkbox"/>	Prodotti utilizzati : <input type="checkbox"/>
DPI utilizzati: guanti, maschera FFP2, occhiali a maschera per schizzi	DPI utilizzati: guanti, maschera FFP2, occhiali a maschera per schizzi	DPI utilizzati: guanti, maschera FFP2, occhiali a maschera per schizzi	DPI utilizzati: guanti, maschera FFP2, occhiali a maschera per schizzi	DPI utilizzati: guanti, maschera FFP2, occhiali a maschera per schizzi	DPI utilizzati: guanti, maschera FFP2, occhiali a maschera per schizzi
Plesso	Plesso	Plesso	Plesso	Plesso	Plesso
Firma e data	Firma e data	Firma e data	Firma e data	Firma e data	Firma e data
<b>Controllo effettuato il:</b> <b>Personale controllato:</b> <b>Attività controllata:</b> <b>Esito:</b> <b>Firma:</b>	<b>Controllo effettuato il:</b> <b>Personale controllato:</b> <b>Attività controllata:</b> <b>Esito:</b> <b>Firma:</b>	<b>Controllo effettuato il:</b> <b>Personale controllato:</b> <b>Attività controllata:</b> <b>Esito:</b> <b>Firma:</b>	<b>Controllo effettuato il:</b> <b>Personale controllato:</b> <b>Attività controllata:</b> <b>Esito:</b> <b>Firma:</b>	<b>Controllo effettuato il:</b> <b>Personale controllato:</b> <b>Attività controllata:</b> <b>Esito:</b> <b>Firma:</b>	<b>Controllo effettuato il:</b> <b>Personale controllato:</b> <b>Attività controllata:</b> <b>Esito:</b> <b>Firma:</b>