

SEZIONE 2: REGISTRO DI CONTROLLO E VERIFICA DSGA

(Da compilare a cura del Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi)

Periodo di Verifica (Settimana/Mese): _____

Collaboratore Sottoposto a Verifica: _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE E ISPEZIONE VISIVA

Area Sottoposta a Controllo	Stato di Pulizia Igienica	Corrispondenza con il Registro	Note / Azioni Correttive Richieste
Palestra e Spogliatoi	☐ Adeguato ☐ Non Adeguato	☐ Conforme ☐ Non Conforme	
Refettorio / Mensa	☐ Adeguato ☐ Non Adeguato	☐ Conforme ☐ Non Conforme	
Cortile e Spazi Esterni	☐ Adeguato ☐ Non Adeguato	☐ Conforme ☐ Non Conforme	
Aule / Uffici / Bagni	☐ Adeguato ☐ Non Adeguato	☐ Conforme ☐ Non Conforme	
Operazioni Periodiche	☐ Adeguato ☐ Non Adeguato	☐ Conforme ☐ Non Conforme	

ESITO DELLA VERIFICA

☐ **REGOLARE:** Il servizio è svolto in conformità alle direttive e con la frequenza stabilita.

☐ **DA RIVEDERE:** Si riscontrano le criticità evidenziate nelle note; richiesto intervento di ripristino.

Data del Controllo: ____/____/____

Firma del DSGA: _____