



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Allegato 4

Scheda ispettiva (Check list)

SCHEDA ISPETTIVA (CHECK LIST)

Struttura Sanitaria PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN GIOVANNI DI DIO" DELL'ASP DI CROTONE

Ispezione del giorno _____ h inizio _____ h fine _____

Orario di apertura al pubblico **SI** ☐ **NO** ☐

Verifica effettuata da _____

Numero di salme presenti all'interno della camera mortuaria al momento dell'ispezione

- locali di esposizione al pubblico n. _____ salme
- locali interni all'obitorio n. _____ salme
- celle frigorifere n. _____ salme
- totale n. _____ salme

di cui:

- salme a disposizione dell'Autorità Giudiziaria n. _____ salme
- salme provenienti dal territorio n. _____ salme

O. Funebri _____ sede _____ n. _____ salme

O. Funebri _____ sede _____ n. _____ salme

O. Funebri _____ sede _____ n. _____ salme

O. Funebri _____ sede _____ n. _____ salme

O. Funebri _____ sede _____ n. _____ salme

O. Funebri _____ sede _____ n. _____ salme

O. Funebri _____ sede _____ n. _____ salme

Eventuale stazionamento di personale delle imprese funebri senza giustificata motivazione (es. in assenza di salme di propria competenza, senza necessità di servizio connessa ad esequie, etc.) presso

- area antistante camera mortuaria **SI** ☐ **NO** ☐
- locali di esposizione salme al pubblico **SI** ☐ **NO** ☐
- locali interni obitorio vietati ai non autorizzati **SI** ☐ **NO** ☐
- altre aree/locali (es. corridoio accesso interno, aree attigue esterne etc.) **SI** ☐ **NO** ☐

- presenza di automezzi non autorizzati area esterna SI ☐ NO ☐
- presenza senza firma nel Registro di Camera Mortuaria SI ☐ NO ☐

se affermativo indicare nominativo impresa funebre e/o targa nello spazio sottostante

Eventuale presenza ingiustificata di altre persone non autorizzate presso

- area antistante camera mortuaria SI ☐ NO ☐
- locali di esposizione salme al pubblico SI ☐ NO ☐
- locali interni obitorio vietati ai non autorizzati SI ☐ NO ☐
- altre aree/locali (es. corridoio accesso interno, aree attigue esterne etc.) SI ☐ NO ☐
- presenza di automezzi non autorizzati area esterna SI ☐ NO ☐

se affermativo indicare nominativo e/o targa nello spazio sottostante

Stazionamento del personale delle imprese funebri per attività connesse all'esercizio di funzioni autorizzate

SI ☐ NO ☐

Se la risposta è affermativa:

- Si tratta di un'impresa autorizzata? SI ☐ NO ☐
- Il personale è in possesso di cartellino di riconoscimento? SI ☐ NO ☐
- Il personale è in possesso del modulo di mandato? SI ☐ NO ☐
- È presente la firma dell'operatore dell'Impresa nel Registro di Camera Mortuaria? SI ☐ NO ☐

Presenza di pubblico nei locali di esposizione salme e/o all'esterno della camera mortuaria al momento dell'ispezione

SI ☐ NO ☐

Concomitanza di esequie funebri nei locali di esposizione al pubblico ed all'esterno della camera mortuaria al momento dell'ispezione

SI ☐ NO ☐



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

**Presenza di altro personale autorizzato per attività di servizio
(es. OSS, Servizio Tecnico, Pulizie, etc)**

SI ☐ NO ☐

**Corretta tenuta della documentazione e registrazione dei dati
delle salme da parte del personale delle Onoranze Funebri**
(in caso negativo specificare)

SI ☐ NO ☐

**Adeguate sanificazione degli ambienti e sanitizzazione
delle attrezzature in dotazione**
(in caso negativo specificare)

SI ☐ NO ☐

Osservazioni

LA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
(Firma e timbro)