



**DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO**

Viale Duca degli Abruzzi 15, - 25124 Brescia

Tel. 030/3838661 - Fax 030/3838540

E-mail: ServizioPSAL@ats-brescia.it

Check list di verifica del possesso della certificazione verde Covid – 19 in ambito lavorativo privato ai sensi del Decreto Legge 21 settembre 2021, n. 127

INFORMAZIONI SULL'AZIENDA

1. Denominazione azienda	
2. Dimensioni azienda	<input type="checkbox"/> Meno di 15 lavoratori <input type="checkbox"/> Fra 16 e 50 lavoratori <input type="checkbox"/> Oltre 50 lavoratori
3. ATECO	

PROCEDURA DI VERIFICA

1. È stato redatto un protocollo/regolamento aziendale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Soggetti interessati dal controllo	<p><i>a. Tipologia</i></p> <input type="checkbox"/> Dipendenti <input type="checkbox"/> Autonomi <input type="checkbox"/> Tirocinanti/frequentatori volontari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
	<input type="checkbox"/> Tutti <input type="checkbox"/> A campione <p>➔ <i>Se il controllo viene effettuato a campione, descrivere brevemente la modalità di individuazione del campione</i></p> _____ _____ _____

ATS Brescia – Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980



3. Modalità di controllo	<input type="checkbox"/> Automatica (es. rilevazione al timbratore) <input type="checkbox"/> Tramite delegato → Se il controllo viene effettuato tramite delegato, è presente nomina formale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Frequenza di controllo	<input type="checkbox"/> Quotidiana <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
5. Momento del controllo	<input type="checkbox"/> Prima dell'ingresso in azienda <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
6. Gestione soggetti esenti dalla campagna vaccinale	→ descrivere brevemente la modalità di gestione _____ _____ _____ _____ _____
7. Sono stati individuati lavoratori privi della certificazione verde COVID - 19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8. Note	

Data di compilazione __/__/__

Nominativo referente compilazione _____