|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FORM CODE: F-44-11-08REV:00 | **سیستم مدیریت یکپارچه****چک لیست بازدید بهداشتی از****شهرک ها و منازل مسکونی** |  |
| محل: مسئول: |
|  | موارد کنترلی | تاریخ | تاریخ | تاریخ | تاریخ |
|  |  |  |  |
| 1 | آیا مرکز بهداشت متناسب با جمعیت در شهرک وجود دارد؟  |  |  |  |  |
| 2 | آیا آب مصرفی سالم و قابل شرب در شهرک وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 3 | آیا جمع آوری ، دفع و جداسازی زباله طبق دستورالعمل های مربوطه انجا م می شود؟ |  |  |  |  |
| 4 | آیا حمل زباله به وسیله تجهیزات ویژه طبق برنا مه وبه طور روزانه انجا م می شود؟ |  |  |  |  |
| 5 | آیا کارگران حمل زباله آموزش مخا طرات تماس با انواع زباله را دیده اند؟  |  |  |  |  |
| 6 | آیا سشتشو و ضدعفونی جایگاه موقت زباله حداکثر به صورت هفتگی انجام می شود؟  |  |  |  |  |
| 7 | آیا دفع نهایی زباله خارج از محدوده شهر ( فاصله 20 کیلومتری ) انجام می شود؟ |  |  |  |  |
| 8 | آیا مسیرهای فاضلاب از پوشش لازم برخوردار هستند؟ |  |  |  |  |
| 9 | آیا دفع فاضلاب به صورت بهداشتی انجام می شود؟ |  |  |  |  |
| 10 | آیا سیستم تصفیه خانه فاضلاب مطابق دستورالعمل های مربوطه می باشد؟ |  |  |  |  |
| 11 | آیا ممنوعیت تخلیه فاضلاب وپساب تصفیه نشده به معابر و انهار عمومی رعایت می شود؟ |  |  |  |  |
| 12 | آیا نصب تابلو خروج اضطراری در نقاط مختلف وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 13 | آیا برای جلوگیری از ورود حشرات وجوندگان امکانات لازم وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 14 | آیا اقدامات ایمنی لازم در محیط شهرک ومنازل انجام شده است ؟ |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی بازرس: | امضا  | امضا  | امضا  | امضا  |