



Giunta Regionale della Campania  
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale  
U.O.D. Prevenzione e Sanità Pubblica Veterinaria

\*\*\*\*\*

**EMERGENZE NON EPIDEMICHE (E.N.E.)**

**RILEVAMENTO IMPRESE ALIMENTARI**

REGIONE \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Impresa : registrata 852  riconosciuta 852  riconosciuta 853  N. Reg./Ric.: \_\_\_\_\_

Descrizione Attività: \_\_\_\_\_

Denominazione: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Latitudine: \_\_\_\_\_ Longitudine: \_\_\_\_\_

Data visita in azienda: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Distanza epicentro: \_\_\_\_\_

Condizioni Viabilità: raggiungibile  raggiungibile con difficoltà  non raggiungibile

Disponibilità Utenze: GAS SI NO IDRICA SI NO ELETTRICA SI NO

Interruzioni nelle utenze dall'E.N.E.? SI NO Se si, indicare quali e per quanto tempo: \_\_\_\_\_

Natura approvvigionamento idrico: Acquedotto  Pozzo  Cisterne

Data ultimo controllo potabilità fornitura idrica : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Esito conforme SI NO

Eventuale abitazione annessa SI NO

Numero abitanti \_\_\_\_\_ abitazione lesionata? SI NO e/o accertata inagibilità? SI NO

## INFORMAZIONI SULL'IMPRESA

Rilievo	Criticità?	Note
L'impresa è in attività?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Se l'attività è interrotta , lo è in toto o in maniera parziale?	<input type="checkbox"/> TOTALE <input type="checkbox"/> PARZIALE	
Da che data l'attività è interrotta?		
Requisiti Strutturali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Attrezzature	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Mezzi di trasporto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Catena del Freddo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Magazzinaggio prodotto finito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prodotto non conforme segregato dall'impresa (Kg)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Numero lotto e numero Kg
Prodotto non conforme già smaltito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Bolla di smaltimento SOA (DDT di riferimento) se di OA
Disponibilità maestranze in situazione di normalità		Indicare il numero di unità
Carenza disponibilità maestranze a seguito E.N.E.		Indicare il numero di unità
Note / Commenti / Indicazioni		

Cognome e nome O.S.A. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Cognome e nome Tecnico Agibilità e Danno Emergenze \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'operatore (\*) che ha effettuato la visita \_\_\_\_\_

(\*)Veterinario/Medico/Tecnico della prevenzione

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_