



*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 SETTORE MANGIMI**

REGIONE _____ ASL _____

Impresa: registrata 183 riconosciuta 183 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.M. _____

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 _____