

allegato 2) al capitolato speciale

*Azienda Ospedaliera «Ospedali Riuniti Marche Nord»*

**SCHEDA DI VERIFICA DEL SERVIZIO RACCOLTA TRASPORTO SMALTIMENTO  
RIFIUTI SANITARI E NON SANITARI**  
(*facsimile*)

SEDE DELLA VERIFICA: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

OGGETTO VERIFICA	GIUDIZIO
Fornitura contenitori: - corrispondenza a capitolato - integrità e pulizia	Conforme Non conforme
Frequenza ritiro:	Conforme Non conforme
Automezzo trasporto: -condizioni igieniche	Conforme Non conforme
Documentazione: - conformità formulari - conformità certificati pesatura	Conforme Non conforme
Altro: _____ _____	Conforme Non conforme

Note

---

---

---

---

---

Referente AORMN (DMP-SIO):

\_\_\_\_\_  
(firma)

Referente Impresa (RT o CT)

\_\_\_\_\_  
(firma)

allegato 3) al capitolato speciale

*Azienda Ospedaliera «Ospedali Riuniti Marche Nord»*

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITA'  
SERVIZIO RACCOLTA TRASPORTO SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI E NON SANITARI

Data della rilevazione: \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Sede della rilevazione \_\_\_\_\_

Problema evidenziato e descrizione:

---

---

---

---

---

Problema segnalato a:

Operatore Impresa aggiudicataria: \_\_\_\_\_

Responsabile DMP-SIO: \_\_\_\_\_

Problema risolto: NO SI data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordinatore / Referente UU.OO. AORMN:

\_\_\_\_\_  
(firma)

Referente Impresa (RT o CT)

\_\_\_\_\_  
(firma)

Note della DMP-SIO

---

---

---

---

---

NB: la presente scheda deve essere inviata alla DMP-SIO degli ospedali dell'AORMN