

MESE: _____ ANNO: _____ LOCALE/AREA: _____

GG	DURANTE/ FINE LAVORAZIONE					SETTIMANALE	MENSILE	FIRMA
	Sostituzione spazzatura	Piani, utensili e attrezzature	Lavelli	Scaffali, tavoli, sedie	Pavimenti, Servizi e spogliatoi	frigo, vetrine e attrezzature	Porte, finestre e soffitti	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Attività di verifica	data	Responsabile interno HACCP	Responsabile consulenza HACCP

MESE: _____ ANNO: _____ LOCALE/AREA: _____

GG	DURANTE/ FINE LAVORAZIONE					SETTIMANALE	MENSILE	FIRMA
	Sostituzione spazzatura	Piani, utensili e attrezzature	Lavelli	Scaffali, tavoli, sedie	Pavimenti, Servizi e spogliatoi	frigo, vetrine e attrezzature	Porte, finestre e soffitti	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Attività di verifica	data	Responsabile interno HACCP	Responsabile consulenza HACCP