

**FARMACIA** \_\_\_\_\_

*Settimana dal* \_\_\_\_\_ *al* \_\_\_\_\_

**LISTA DI CONTROLLO PRE - OPERATIVA**

<b>Mese di:</b>	<b>LU:</b>	<b>MA:</b>	<b>ME:</b>	<b>GI:</b>	<b>VE:</b>	<b>SA:</b>	<b>DO:</b>
Ordine e pulizia servizi igienici; acqua, detergente e asciugamani di carta a disposizione							
Pulizia pavimenti pareti, piani di lavoro (AREA VENDITA)							
Pulizia pavimenti pareti, porte, piani di lavoro (MAGAZZINO)							
Temperatura frigorifero cella 1							
Temperatura frigorifero cella 2							
Temperatura locale vendita							
Temperatura locale magazzino							
Presenza di insetti, altri animali o loro tracce							