

Empresa: _____
Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____
Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
SISTEMAS DE AUTOCONTROL				
01.1	¿DISPONEN DE UN PROGRAMA BASADO EN EL SISTEMA APPCC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01.1.1	¿El sistema de APPCC se aplica en la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01.2	¿DISPONEN DE GUÍAS DE PRÁCTICAS CORRECTAS DE HIGIENE? (GPCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
01.2.1	¿Las GPCH se aplican en la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLAN DE CONTROL DE MANTENIMIENTO DE LOCALES, INSTALACIONES Y EQUIPOS				
02.1	¿DISPONEN DE UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO SANITARIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cuándo, cómo)				
02.1.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.1.1.2	¿Determina quién es la persona responsable del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.1.1.3	¿Define la periodicidad de su aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.1.1.4	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2	¿DISPONEN DE UN PROGRAMA DE COMPROBACIÓN DE EQUIPOS? (empresas con RSIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cuándo, cómo)				
02.2.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.1.2	¿Determina quién es la persona responsable del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.1.3	¿Define cada cuánto tiempo se aplica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.1.4	¿Indica cómo comprobar de forma práctica cada equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MANTENIMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA (empresas/establecimientos con o sin RSIA)				
02.2.2.1	¿DISPONEN DE TERMÓMETROS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empresa: _____

Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____

Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
02.2.2.1.1	¿Se calibran/contrastan los termómetros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.2.2	¿DISPONEN DE MANÓMETROS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02.2.2.2.1	¿Se calibran/contrastan los manómetros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.2.3	¿DISPONEN DE PH-METRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02.2.2.3.1	¿Se calibra/contrasta el PH-METRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.2.3.2	¿El estado del PH-METRO es el correcto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.2.4	¿DISPONEN DE BALANZAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02.2.2.4.1	¿Se calibran/contrastan las balanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.2.5	¿DISPONEN DE CLORÓMETRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02.2.2.5.1	¿El estado del clorómetro es el correcto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLAN DE CONTROL DE AGUAS				
ORIGEN DEL AGUA EMPLEADA				
03.1.1	¿El agua empleada es PÚBLICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03.1.2	¿El agua empleada es PRIVADA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03.2	¿DESINFECTAN EL AGUA DE ORIGEN PRIVADO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03.3	¿LLEVAN CONTROLES DE LA DESINFECCIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES				
03.3.1.1	2 veces días	<input type="checkbox"/>		
03.3.1.2	Diario	<input type="checkbox"/>		
03.3.1.3	Semanal	<input type="checkbox"/>		

Empresa: _____
Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____
Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
03.3.1.4	> a una semana	<input type="checkbox"/>		
03.4	¿SE REALIZAN ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS AL AGUA? (Sólo para empresas con RSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PERIODICIDAD DE LOS ANÁLISIS			
03.4.1.1	< a un año	<input type="checkbox"/>		
03.4.1.2	una vez al año	<input type="checkbox"/>		
03.4.1.3	> a un año	<input type="checkbox"/>		
03.5	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE DEPÓSITOS E INSTALACIONES (empresas con RSIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cuándo, cómo)			
03.5.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03.5.1.2	¿Determina quién es la persona responsable del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03.5.1.3	¿Define la periodicidad de aplicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03.5.1.4	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PLAN DE CONTROL DE LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS (Reglamento 852/2004. Anexo II, Capítulo VI)			
04.1	¿EXISTE UN PROGRAMA DE RETIRADA DE RESIDUOS SÓLIDOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cómo, destino)			
04.1.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04.1.1.2	¿Determina quién es la persona responsable del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04.1.1.3	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04.1.1.4	¿Contempla el destino de los residuos sólidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PERIODICIDAD DE RETIRADA DE RESIDUOS SÓLIDOS			

Empresa: _____
Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____
Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
04.2.1	Más de dos veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.2.2	Dos veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.2.3	Diario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.2.4	> de un día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.2.5	No consta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.3	CONTENEDORES DE RESIDUOS SÓLIDOS: Correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.4	ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS: correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESTINO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS				
04.5.1	Destrucción (incineración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.5.2	Abonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.5.3	Alimentación Animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.5.4	Residuos Urbanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.5.5	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAN DE CONTROL DE LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS				
05.1	¿EXISTE UN PROGRAMA DE RETIRADA DE RESIDUOS LÍQUIDOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cómo, destino)				
05.1.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05.1.1.2	¿Determina quién es la persona responsable del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05.1.1.3	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05.1.1.4	¿Contempla el destino de los residuos líquidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empresa: _____

Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____

Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI NO NN
PERIODICIDAD DE RETIRADA DE RESIDUOS LÍQUIDOS		
05.2.1	Más de dos veces al día	<input type="checkbox"/>
05.2.2	Dos veces al día	<input type="checkbox"/>
05.2.3	Diario	<input type="checkbox"/>
05.2.4	> 1 día	<input type="checkbox"/>
05.2.5	No consta	<input type="checkbox"/>
05.3	CONTENEDORES DE RESIDUOS LÍQUIDOS: Correctos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05.4	ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS LÍQUIDOS: Correcto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DESTINO DE LOS RESIDUOS LÍQUIDOS		
05.5.1	Alimentación animal	<input type="checkbox"/>
05.5.2	Abonos	<input type="checkbox"/>
05.5.3	Residuos urbanos	<input type="checkbox"/>
05.5.4	Vertido a red de alcantarillado	<input type="checkbox"/>
05.5.5	Otros	<input type="checkbox"/>
PLAN DE CONTROL DE ACEITES USADOS		
06.1	¿EXISTE UN CONTROL DE LA CALIDAD DEL ACEITE USADO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PERIODICIDAD DE RETIRADA DE ACEITES USADOS		
06.2.1	Con características organolépticas alteradas (oscuro, con espuma, etc.)	<input type="checkbox"/>
06.2.2	Tras comprobar su alteración (mediante alguna prueba analítica)	<input type="checkbox"/>
06.2.3	Sin criterios de cambio	<input type="checkbox"/>

Empresa: _____
 Población: _____ RGSEAA / RSA: _____
 Fecha cumplimentación: _____ N. Acta: _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
06.2.4	Otros	<input type="checkbox"/>		
06.3	CONTENEDORES DE RESIDUOS DE ACEITES: Correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06.4	ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS DE ACEITES: Correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DESTINO DE LOS ACEITES USADOS				
06.5.1	- Empresa de recogida	<input type="checkbox"/>		
06.5.2	- Vertido a la red de alcantarillado	<input type="checkbox"/>		
06.5.3	- Residuos urbanos	<input type="checkbox"/>		
06.5.4	- Otros	<input type="checkbox"/>		
PLAN DE CONTROL DE RESIDUOS SANDACH				
07.1	¿EXISTE UN PROGRAMA DE RETIRADA DE RESIDUOS SANDACH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cómo, destino)				
07.1.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07.1.1.2	¿Determina quién es la persona responsable del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07.1.1.3	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07.1.1.4	¿Contempla el destino de los residuos SANDACH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIODICIDAD DE RETIRADA DE RESIDUOS SANDACH				
07.2.1	Más de dos veces al día	<input type="checkbox"/>		
07.2.2	Dos veces al día	<input type="checkbox"/>		
07.2.3	Diario	<input type="checkbox"/>		
07.2.4	> 1 día	<input type="checkbox"/>		

Empresa: _____

Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____

Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
07.2.5	No consta	<input type="checkbox"/>		
07.3	CONTENEDORES DE RESIDUOS SANDACH: Correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07.4	ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS SANDACH: Correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	RETIRADA DE RESIDUOS "SANDACH"			
07.5.1	¿SE REALIZA POR LA PROPIA EMPRESA/ESTABLECIMIENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07.5.2	¿CONTRATAN A UNA EMPRESA PARA RETIRARLOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07.5.3	¿LA EMPRESA ESTÁ AUTORIZADA PARA RETIRARLOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DESTINO DE LOS RESIDUOS SANDACH			
07.6.1	destrucción (incineración)	<input type="checkbox"/>		
07.6.2	Alimentación animal	<input type="checkbox"/>		
07.6.3	Biogas o compostaje	<input type="checkbox"/>		
07.6.4	Residuos urbanos	<input type="checkbox"/>		
07.6.5	Otros	<input type="checkbox"/>		
PLAN DE CONTROL DE RESIDUOS VEGETALES				
08.1	¿EXISTE UN PROGRAMA DE RETIRADA DE RESIDUOS VEGETALES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cómo, destino)			
08.1.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08.1.1.2	¿Determina quién es la persona responsable del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08.1.1.3	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08.1.1.4	¿Contempla el destino de los residuos vegetales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Empresa: _____
Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____
Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
PERIODICIDAD DE RETIRADA DE RESIDUOS VEGETALES				
08.2.1	Más de dos veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.2.2	Dos veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.2.3	Diario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.2.4	> 1 día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.2.5	No consta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.3	CONTENEDORES DE RESIDUOS VEGETALES: Correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.4	ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS VEGETALES: Correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETIRADA DE RESIDUOS VEGETALES				
08.5.1	¿ SE REALIZA POR LA PROPIA EMPRESA/ESTABLECIMIENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.5.2	¿CONTRATAN A UNA EMPRESA PARA RETIRARLOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESTINO DE LOS RESIDUOS VEGETALES				
08.6.1	Destrucción (incineración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.6.2	Biogas o compostaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.6.3	Alimentación animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.6.4	Abonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.6.5	Residuos urbanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.6.6	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAN DE CONTROL DE AGUAS RESIDUALES				
09.1	¿SE MANTIENEN LOS DESAGÜES EN PERFECTAS CONDICIONES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empresa: _____
 Población: _____ RGSEAA / RSA: _____
 Fecha cumplimentación: _____ N. Acta: _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
09.2	¿LAS AGUAS RESIDUALES PUEDEN CONTAMINAR ZONAS LIMPIAS O PRODUCTOS ALIMENTICIOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09.3	¿SE REALIZA A LAS AGUAS RESIDUALES ALGÚN TRATAMIENTO PREVIO A SU VERTIDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLAN DE CONTROL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (L+D)				
10.1	¿EXISTE UN PROGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (L+D)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cómo y cuándo)				
10.1.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.1.1.2	¿Determina quién realiza la L y D?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.1.1.3	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.1.1.4	¿Se registra cuándo se realiza la L y D?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.2	PRODUCTOS AUTORIZADOS EN LA LIMPIEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.3	PRODUCTOS AUTORIZADOS EN LA DESINFECCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.4	TOMA DE MUESTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLAN DE CONTROL DE PLAGAS (DESRATIZACIÓN)				
11.1	¿DISPONEN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE DESRATIZACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cuándo y cómo)				
11.1.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.1.1.2	¿Determina quién realiza la desratización en la empresa?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.1.1.3	¿Define la periodicidad de aplicación de desratización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.1.1.4	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.2	¿EXISTEN CEBOS DE CONTROL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Empresa: _____
 Población: _____ RGSEAA / RSA: _____
 Fecha cumplimentación: _____ N. Acta: _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
11.3	¿EXISTEN CEBOS DE ALIMENTACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	COLOCACIÓN DE LOS CEBOS DE ALIMENTACIÓN			
11.3.1.1	¿La colocación de los cebos de alimentación es EXTERNA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.3.1.2	¿La colocación de los cebos de alimentación es INTERNA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.3.1.3	¿La colocación de los cebos de alimentación es MIXTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.3.2	¿COLOCACIÓN CORRECTA DE LOS CEBOS DE ALIMENTACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.3.3	PROTECCIÓN DE LOS CEBOS DE ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.4	PLANO DE SITUACIÓN DE CEBOS Y TRAMPAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.5	APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DESRATIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PERIODICIDAD DEL TRATAMIENTO DE DESRATIZACIÓN (privado o externo)			
11.5.1.1	< a 1 mes	<input type="checkbox"/>		
11.5.1.2	1 mes - 5 meses	<input type="checkbox"/>		
11.5.1.3	6 meses - 1 año	<input type="checkbox"/>		
11.5.1.4	> 1 año	<input type="checkbox"/>		
11.5.1.5	No consta	<input type="checkbox"/>		
11.6	PRODUCTOS AUTORIZADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.7	CARNET DE APLICADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLAN DE CONTROL DE PLAGAS (DESINSECTACIÓN)				
12.1	¿DISPONEN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE DESINSECTACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	REGISTRO DE ACTUACIONES (qué, quién, cuándo, cómo)			

Empresa: _____
 Población: _____ RGSEAA / RSA: _____
 Fecha cumplimentación: _____ N. Acta: _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
12.1.1.1	¿Describe de forma detallada en qué consiste el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1.1.2	¿Determina quién realiza la desinsectación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1.1.3	¿Define la periodicidad de aplicación de desinsectación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1.1.4	¿Indica cómo aplicarlo de forma práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.2	APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DESINSECTACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PERIODICIDAD DEL TRATAMIENTO DE DESINSECTACIÓN (privado o externo)			
12.2.1.1	continuo	<input type="checkbox"/>		
12.2.1.2	< a un mes	<input type="checkbox"/>		
12.2.1.3	1 mes - < 6 meses	<input type="checkbox"/>		
12.2.1.4	6 meses - 1 año	<input type="checkbox"/>		
12.2.1.5	> 1 año	<input type="checkbox"/>		
12.2.1.6	No consta	<input type="checkbox"/>		
12.3	PRODUCTOS AUTORIZADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CARNET DE APLICADOR			
12.5	MEDIOS DE CONTROL PERMANENTE CONTRA INSECTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.5.1	¿EXISTEN SISTEMAS DE EXCLUSIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.5.2	¿EXISTEN SISTEMAS DE ATRAPAMIENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIGIENE DEL PERSONAL MANIPULADOR				
CUMPLIMIENTO DE ACTITUDES Y PRÁCTICAS CORRECTAS DE HIGIENE				
13.1.1	¿VESTIMENTA CORRECTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Empresa: _____

Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____

Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
13.1.2	¿FORMA DE TRABAJAR CORRECTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.1.3	¿ACTITUDES CORRECTAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.1.4	¿ASPECTO PERSONAL CORRECTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLAN DE CONTROL DE LA TRAZABILIDAD				
14.1	¿DISPONEN DE PLAN DE TRAZABILIDAD? (empresas con RSIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Par
14.2	¿TIENEN REGISTRO DE ENTRADAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.3	¿TIENEN REGISTRO DE SALIDAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4	¿TIENEN REGISTRO DE LOTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPROBACIÓN PRÁCTICA DEL PLAN DE TRAZABILIDAD				
14.5.1	¿El plan garantiza la conexión entre materias primas y proveedores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.5.2	¿El plan garantiza la conexión entre producto final y materias primas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.5.3	¿El plan garantiza la conexión entre producto final y cliente/s?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONTROL DEL ETIQUETADO PRODUCTO FINAL				
15.01	DENOMINACIÓN DE VENTA DEL PRODUCTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.02	LISTADO DE INGREDIENTES (aditivos alimentarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.03	LISTADO DE INGREDIENTES ALERGÉNICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.04	MARCADO DE FECHAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.05	IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.06	MARCADO DE IDENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.07	MARCADO SANITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empresa: _____

Población: _____ **RGSEAA / RSA:** _____

Fecha cumplimentación: _____ **N. Acta:** _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
15.08	MARCADO DE LOTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.09	CONDICIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.10	INDICACIÓN DEL MODO DE EMPLEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.11	LENGUA EN EL ETIQUETADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONTROLES MICROBIOLÓGICOS				
16.1	¿REALIZAN CONTROLES MICROBIOLÓGICOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	¿A QUÉ PRODUCTOS REALIZAN CONTROLES MICROBIOLÓGICOS?			
16.2.1	Materias Primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.2.2	Ingredientes / Aditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.2.3	Productos en el procesado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.2.4	Producto Final	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERIODICIDAD DE CONTROLES MICROBIOLÓGICOS EN EL PRODUCTO FINAL				
16.3.1	Cada lote de fabricación o manipulación y/o cada día	<input type="checkbox"/>		
16.3.2	2 días - 1 semana	<input type="checkbox"/>		
16.3.3	> 1 semana - < 1 mes	<input type="checkbox"/>		
16.3.4	Mayor a un mes	<input type="checkbox"/>		
16.3.5	No realizan	<input type="checkbox"/>		
16.4	¿CONTROLES DEL PRODUCTO FINAL ESTÁN REGISTRADOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.5	¿DEMANDAN CONTROLES MICROBIOLÓGICOS A LOS PROVEEDORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.5.1	A todos los proveedores	<input type="checkbox"/>		

Empresa: _____
 Población: _____ RGSEAA / RSA: _____
 Fecha cumplimentación: _____ N. Acta: _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
16.5.2	A algunos proveedores	<input type="checkbox"/>		
CONTROLES DE TEMPERATURAS				
17.1	¿REALIZAN CONTROLES DE TEMPERATURAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿DÓNDE SE REALIZAN CONTROLES DE TEMPERATURA?			
17.2.1	ALMACÉN/ES DE MATERIAS PRIMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES			
17.2.1.1.1	Continuo	<input type="checkbox"/>		
17.2.1.1.2	Diario	<input type="checkbox"/>		
17.2.1.1.3	2 días - 1 semana	<input type="checkbox"/>		
17.2.1.1.4	> 1 semana - < 1 mes	<input type="checkbox"/>		
17.2.1.1.5	> 1 mes	<input type="checkbox"/>		
17.2.2	SALA/S DE MANIPULACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES			
17.2.2.1.1	Continuo	<input type="checkbox"/>		
17.2.2.1.2	Diario	<input type="checkbox"/>		
17.2.2.1.3	2 días - 1 semana	<input type="checkbox"/>		
17.2.2.1.4	> 1 semana - < 1 mes	<input type="checkbox"/>		
17.2.2.1.5	> 1 mes	<input type="checkbox"/>		
17.2.3	PROCESO DE ELABORACIÓN/MANIPULACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PERIODICIDAD DE CONTROLES			

Empresa: _____

Población: _____ RGSEAA / RSA: _____

Fecha cumplimentación: _____ N. Acta: _____

N. Pregunta	Pregunta	SI	NO	NN
17.2.3.1.1	Continuo	<input type="checkbox"/>		
17.2.3.1.2	Diario	<input type="checkbox"/>		
17.2.3.1.3	2 días - 1 semana	<input type="checkbox"/>		
17.2.3.1.4	> 1 semana - < 1 mes	<input type="checkbox"/>		
17.2.3.1.5	> 1 mes	<input type="checkbox"/>		
17.2.4	ALMACENAMIENTO PRODUCTO TERMINADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES				
17.2.4.1.1	Continuo	<input type="checkbox"/>		
17.2.4.1.2	Diario	<input type="checkbox"/>		
17.2.4.1.3	2 días - 1 semana	<input type="checkbox"/>		
17.2.4.1.4	> 1 semana - < 1 mes	<input type="checkbox"/>		
17.2.4.1.5	> 1 mes	<input type="checkbox"/>		