

1. DIP./IST./CENTRO _____ Tel. Interno _____

SCHEDA DEPOSITO TEMPORANEO RIFIUTI PERICOLOSI SANITARI

2. RESPONSABILE del LABORATORIO _____

3. TIPO di RIFIUTO e CODICE C.E.R.

N.B.: utilizzare una scheda per ogni codice C.E.R. differente.

TIPO di RIFIUTO	CODICE C.E.R.
<input type="checkbox"/> RIFIUTI di ORIGINE UMANA	18.01.03*
<input type="checkbox"/> RIFIUTI di ORIGINE ANIMALE	18.02.02*
<input type="checkbox"/> CARCASSE di ANIMALI	18.02.02*

4. CONTENITORI		5. COMPOSIZIONE del RIFIUTO	6. PESO
Volume Contenitore (Lt.)	Numero	<i>Indicare il contenuto</i>	<i>(Kg.)</i>

NUMERO CONTENITORI _____ PESO TOTALE _____ Kg.

VOLUME TOTALE _____ Lt.

In conformità con la normativa, si dichiara che i suddetti rifiuti
1) sono stati preventivamente sottoposti a TRATTAMENTO di:

- STERILIZZAZIONE TEMPERATURA _____ °C TEMPO _____ min.
 DISINFEZIONE CON _____

2) non contengono materiali radioattivi

3) NON contengono sostanze chimiche contengono sostanze chimiche

se sì, quali? _____

7. DATA ____ / ____ / ____

8. FIRMA DEL RESPONSABILE _____