

# HACCP Esito di Sopralluogo

Condotto per

## LA COLLINETTA BAR RIST

**Descrizione:**

LA COLLINETTA BAR RIST - Verifica di conformità legislativa

**Data:**

29-10-2021 11:08:06

**Consulente:**

bonifazi alice consu

**Luogo:**

CAGLI

**Persone che partecipano al sopralluogo:**

Vanessa Magnoni

**Note:**

visita 1/1

## **Premessa**

La verifica e' condotta a campione; pertanto non si possono escludere ulteriori non conformita' oltre quelle eventualmente segnalate.

| <b>Autorizzazione Igienico-Sanitaria</b>                                             |    |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|
| E' presente un'autorizzazione igienico-sanitaria/DIA/SCIA?                           | Si |             |
| <b>Approvvigionamento Idrico</b>                                                     |    |             |
| L'approvvigionamento idrico avviene attraverso la rete idrica?                       | Si |             |
| Sono presenti impianti di trattamento acqua?                                         | Si | addolcitore |
| <b>Manuale di Autocontrollo e altra documentazione</b>                               |    |             |
| E' presente ed e' aggiornato il manuale di autocontrollo?                            | Si | 31/07/2017  |
| Nel manuale e' prevista l'attivita' di somministrazione degli alimenti?              | Si |             |
| Il manuale prevede la vendita degli alimenti?                                        | Si |             |
| Il registro schede di autocontrollo e' compilato correttamente?                      | Si |             |
| Gli addetti sono stati formati secondo quanto previsto nel manuale di autocontrollo? | Si |             |
| Sono presenti le qualifiche dei fornitori?                                           | Si |             |

| <b>Manuale di Autocontrollo e altra documentazione</b>                               |    |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|
| L'elenco degli addetti e' presente ed aggiornato?<br>(indicare numero degli addetti) | Si |                            |
| Sono presenti i certificati delle analisi precedenti?                                | Si |                            |
| E' stato adottato un sistema per la rintracciabilita'?                               | Si |                            |
| Nel menu' gli allergeni sono indicati piatto per piatto?                             | Si | solo alimenti confezionati |
| E' presente e certificata una procedura MOCA?                                        | Si |                            |
| Sono presenti le certificazioni in MOCA?                                             | Si |                            |
| <b>Igiene del personale</b>                                                          |    |                            |
| L'abbigliamento del personale e' idoneo?                                             | Si |                            |
| L'igiene del personale e' idonea? (assenza di gioielli, piercing, unghie finte, ecc) | Si |                            |
| Il personale adotta comportamenti corretti?                                          | Si |                            |
| <b>Igiene e idoneita' dei locali</b>                                                 |    |                            |
| I pavimenti e le pareti sono lisci e lavabili?                                       | Si |                            |

| <b>Igiene e idoneita' dei locali</b>                                                                                                   |    |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------|
| I piani di lavoro sono in materiali idonei?                                                                                            | Si |                               |
| Assenza di sporco visibile?                                                                                                            | Si |                               |
| Assenza di crepe o infiltrazioni?                                                                                                      | Si |                               |
| Assenza di muffa o umidita'?                                                                                                           | Si |                               |
| I frigoriferi sono puliti e ordinati?                                                                                                  | Si |                               |
| I frigoriferi sono muniti di termometro per il monitoraggio delle temperature?                                                         | Si |                               |
| Lo stoccaggio degli alimenti all'interno dei frigoriferi e' adeguato?                                                                  | Si |                               |
| I rubinetti sono conformi?                                                                                                             | Si |                               |
| E' presente e adeguato uno spogliatoio per il personale? (armadietti a doppio scomparto, capienza adeguata, condizioni igieniche, ecc) | No | abitazione al piano superiore |
| <b>Prodotti di pulizia</b>                                                                                                             |    |                               |
| I prodotti di pulizia sono conservati in locale/armadio separato?                                                                      | Si |                               |

|                                                                                       |                                |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prodotti di pulizia</b>                                                            |                                |                                                                                       |
| Sono disponibili e aggiornate le schede di sicurezza dei prodotti utilizzati?         | Si                             |                                                                                       |
| Sono disponibili schede tecniche o istruzioni per l'uso dei prodotti? (es.diluizioni) | Si                             |                                                                                       |
| E' presente un prodotto disinfettante?                                                | Si                             |                                                                                       |
| E' presente un prodotto detergente?                                                   | Si                             |                                                                                       |
| <b>Altri controlli</b>                                                                |                                |                                                                                       |
| I rifiuti sono conservati e smaltiti correttamente?                                   | Si                             |                                                                                       |
| <b>Campionamenti</b>                                                                  |                                |                                                                                       |
| E' stata eseguita attivita' di campionamento con tamponi di superfici?                | Si                             | piattino                                                                              |
| <b>Firme</b>                                                                          |                                |                                                                                       |
| Referente Aziendale                                                                   | Data<br>29-10-2021<br>11:08:06 |  |

**Firme**

Consulente

bonifazi alice consu

Data

29-10-2021  
11:08:06

