

اطلاعات مربوط به جمع آوری و انتقال زباله در منطقه تحت پوشش

شش ماهه ..... سال .....

۱	مرکز بهداشت شهرستان : منطقه تحت پوشش : وسعت تقریبی منطقه :	شهر : جمعیت تقریبی منطقه :	مرکز بهداشتی درمانی :
۲	ساعات جمع آوری زباله از منازل ساعات تعیین شده رعایت می شود؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	از ساعت ..... تا ساعت .....	
۳	دفعات جمع آوری در طول هفته : دفعات تعیین شده برای جمع آوری رعایت می شود؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۴	نحوه جمع آوری زباله از منازل و اماکن الف - توسط رفتگر <input type="checkbox"/> وسیله جمع آوری : بهداشتی <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> ب - توسط خودرو از منازل <input type="checkbox"/> نوع خودرو ج - تفکیک در مبدأ : انجام می شود <input type="checkbox"/> انجام نمی شود <input type="checkbox"/> سایر روشها با ذکر نحوه عمل :		
۵	تعداد کل کارگران جمع آوری زباله :		
۶	بهداشت فردی کارگران جمع آوری	درصد لباس کار دارند <input type="checkbox"/> دستکش کار دارند <input type="checkbox"/> ماسک مناسب دارند <input type="checkbox"/> چکمه یا کفش مناسب دارند <input type="checkbox"/> در پایان کار استحمام می نمایند <input type="checkbox"/>	
۷	محل نگهداری موقت زباله در منطقه	تعداد وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/>	تعداد ۱ - روی زمین تخلیه می شود <input type="checkbox"/> ۲ - داخل کانتینر و امثال آن <input type="checkbox"/>
۸	نحوه حمل زباله به محل نهایی	تعداد کامیون و کامیونت ویژه حمل زباله بهداشتی <input type="checkbox"/> کامیون ویژه حمل زباله کمپرسی بهداشتی <input type="checkbox"/> کمپرسی معمول ، تراکتور ، گاری و حیوان	تعداد غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> غیر بهداشتی <input type="checkbox"/>

نام و امضاء تکمیل کننده فرم :

تاریخ :