PULIZIA E SANIFICAZIONE

AREA/ZONA Extraclinica INTERESSATA ALL' ATTIVITA'

ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRI
Italian Dental Association

Con la compilazione del presente modulo si dichiara che il servizio di pulizia e sanificazione è stato correttamente eseguito con prodotti idonei alla pulizia, disinfezione e sanificazione, secondo le direttive Ministeriali in vigore anche relativamante all'emergenza Covid 19

Data	Ora	Nome e Cognome	Firma