

**PROTOCOLO CERTIFICACION
LUGAR LIBRE DE HUMO****INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**Nombre o razón social que llevará en el
certificado: _____Dirección de la sede inscripta para
certificar: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Principal actividad de la institución: _____

Pública Privada

Cantidad de sedes: _____

¿Cuántos empleados trabajan en la sede a
visitar? _____

¿Cuántos empleados trabajan en la institución en su totalidad? _____

VISITA EN TERRENO**Entrevista a personal jerárquico de la institución:**

	SI	NO
¿La institución es 100% libre de humo de tabaco'		
Esta norma se aplica a toda persona que ingresa, trabaje o no allí		
¿Se fuma en los vehículos de la institución'		
¿Se permite fumar en los eventos que organiza'		
¿El nivel de cumplimiento de la normativa 100% libre de humo es ALTO?		
¿Se realiza alguna acción comunicacional en control de tabaco? Charlas, afiches, folletos, etc.		

OBSERVACIÓN:

	SI	NO
Presencia de cartelera en lugares estratégicos que indique la prohibición de fumar		
Venta de tabaco dentro de la institución (Ej. cafetería, kiosco, comedor)		
Presencia de fumadores en lugares cerrados del edificio		
Se percibe olor a tabaco en el interior (Ej. baños, pasillos, entrada, etc.)		
Presencia de ceniceros o colillas donde no está permitido fumar		

¿Autoriza al Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén a incorporar a la institución en la página web oficial y en otros medios de comunicación en caso de certificar como Lugar Libre de Humo?

SI NO

Apellido y nombre del entrevistado: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Apellido y nombre del inspector: _____

Fecha de inspección: ____/____/____

Firma: _____

CONCLUSIÓN (A completar por el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén)

La institución certifica /recertifica SI NO

El certificado se expedirá en el mes de _____ del 20 _____

En caso negativo se realizan las observaciones pertinentes a la institución.

Observaciones: _____
