**PROTOCOLO DE CERTIFICACION PARA**

**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 cartelería 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución a la que representa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_