		REGISTRO VERIFICHE CERTIFICAZIONE VERDE COVID-19			
Data verifica	**Soggetto incaricato alla verifica**	**Soggetto Verificato**	**Momento della verifica**	**Esito della verifica**	**Ingresso nei locali**
			(Durante l'accesso o quando lavoratore è già dentro locali aziendali)	Green pass valido / Green pass non conforme	Sì/No

FIRMA _____