

ORDENANZA N° 794/11

EL CONCEJO DELIBERANTE DE ARROYO CABRAL SANCIONA CON FUERZA DE

ORDENANZA

Art.N°01.-) **ADHIÉRASE** la Municipalidad de **ARROYO CABRAL** a las Leyes Provinciales N° 7.827 y N° 9.113 que establece el "PROGRAMA PROVINCIAL PERMANENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TABAQUISMO", con las salvedades que se establecen en la presente Ordenanza.-

Art.N°02.-) **ESTABLÉCESE** que a los fines de vigilar el cumplimiento de la prohibición de fumar en determinados lugares que se establece en el artículo N° 03 y las infracciones a lo normado por el artículo N° 05 de la presente Ordenanza, será autoridad de aplicación la Secretaria de Gobierno y Hacienda de la Municipalidad de **ARROYO CABRAL**.-

Art.N°03.-) **PROHÍBESE** fumar en los siguientes lugares:

- 1) Las oficinas y los edificios para oficinas de Áreas Públicas, comprendiendo los corredores, los salones, las áreas de: comida, de recepción, los ascensores, servicios y esparcimiento y las oficinas individuales;
- 2) Las Fábricas de todo tipo y los locales comerciales;
- 3) Las instituciones de Salud, Públicas y Privadas;
- 4) Las instituciones educativas a todos los niveles, públicas y/o privadas;
- 5) Cualquier medio de transporte usado para finalidades comerciales, públicos o profesionales utilizados por más de una persona;
- 6) Los establecimientos de venta al público incluidos grandes centros comerciales.
- 7) Teatros, bares, cines, restaurantes y salas de juego;
- 8) Salas de concierto;
- 9) Estadios deportivos cubiertos;

Ello a fin que, por imperio de las Leyes mencionadas en el artículo N° 01 y esta Ordenanza, se resguarden los derechos de los no fumadores a respirar el aire no contaminado por el humo del cigarrillo por lo que los responsables de los lugares mencionados deberán tomar los recaudos necesarios a fin de asegurar la debida publicidad de la prohibición establecida en el presente artículo.-



Art.N°04.-) **DISPONESE** que quien se encuentre ejerciendo la máxima autoridad o estuviere a cargo de los lugares mencionados en el artículo N° 02 de la presente ordenanza, donde eventualmente se infrinjan las restricciones previstas en esta normativa, tiene facultades de ordenar a quien no observara dichas prohibiciones, el cese de tal conducta y en caso de persistencia en esa actitud, el retiro del incumplidor del lugar, pudiendo, a ese efecto, requerir el auxilio de la Fuerza Pública e informar a la Autoridad de Aplicación. Conducta esta que lo eximirá de responsabilidad.-

Art.N°05.-) **DISPÓNESE** que se considerarán infractores a las disposiciones de la presente Ordenanza a las personas que ejerzan la conducta prohibida (de fumar) y a los responsables y/o propietarios y/o dueños de fondos de comercio y/o administradores y/o gerentes del lugar en donde se materialice la infracción, salvo que desplieguen la conducta mencionada en el artículo anterior; debiendo la Autoridad de Aplicación labrar el acta pertinente para remitir al Juzgado de Faltas.-

Art.N°06) **PROHÍBESE** dentro del ejido de la Municipalidad de ARROYO CABRAL:

1. La difusión de toda publicidad que asocie el hábito de fumar con el mayor rendimiento deportivo.-
2. La instalación de publicidad en centros y dependencias de la Administración Pública Municipal que estimulen el hábito de fumar.
3. La promoción de productos para fumar elaborados con tabaco en lugares de divertimento, en plazas, parques o espacios abiertos, ferias, exposiciones, certámenes y eventos deportivos.
4. La emisión de publicidad en medios de comunicación estudiantiles, y la distribución gratuita de muestras de productos o subproductos fabricados para fumar, elaborados con tabaco.
5. La venta de productos utilizados para fumar, cualquiera sea su forma de presentación y forma de comercialización, en todos los edificios que dependan del Departamento Ejecutivo Municipal, Concejo Deliberante y entes autárquicos descentralizados y mixtos que dependan de los poderes mencionados precedentemente.

Art.N°07.-) **PROHÍBESE** en todo el ámbito de la Localidad de ARROYO CABRAL, la venta de productos destinados a fumar, a toda persona menor de dieciocho (18) años de edad, así como la comercialización y distribución de productos de uso o consumo propio de niños y adolescentes, que por su denominación, formato o envase, constituyan una evidente inducción a generar o difundir el hábito de fumar.-

Art.N°08.-) **EN** todos los casos, las infracciones previstas en los artículos anteriores, darán lugar al decomiso de la mercadería, al retiro inmediato de la publicidad prohibida, en su caso, y cuando se tratara de un local comercial, en caso de reincidencia a la clausura de hasta diez (10) días en la segunda ocasión, hasta veinte (20) días en la tercera oportunidad y de hasta treinta (30) días en las siguientes.-

Art.N°09.-) **DISPÓNESE** que la violación de las prohibiciones dispuestas en la presente Ordenanza determinara la aplicación a sus infractores, de la sanción de multa, sin perjuicio de otras ya establecidas en los artículos anteriores, que va desde cincuenta (50) a trescientas (300) Unidades de Multa (UM), siendo cada Unidad de Multa equivalente al precio en Estaciones de Servicios YPF a un litro de nafta súper o la que la sustituya en el futuro; debiendo para su aplicación la autoridad de aplicación tener cuenta los antecedentes y gravedad de la infracción.-

Art.N°10.-) **AUTORÍZASE** al Departamento Ejecutivo Municipal a reglamentar la presente Ordenanza a los fines de su mejor aplicación.-

Art.N°11.-) **DISPÓNESE** que la presente Ordenanza comenzará a regir a partir del día de su sanción.-

Art.N°12.-) **COMUNIQUESE**, Publíquese, Dese al Registro Municipal y archívese.-

DADA Y APROBADA EN LA SALA DEL CONCEJO DELIBERANTE DE ARROYO CABRAL, A LOS VEINTITRES DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE DOS MIL ONCE.-

La sancion, por parte del Concejo Deliberante de ARROYO CABRAL, de la Ordenanza Municipal N° 794/11 con fecha 23/11/11 y;

CONSIDERANDO:

Que, según lo establece el inciso1) del artículo N° 49 de la Ley Orgánica Municipal N° 8.102 y modificatorias, corresponde al Departamento Ejecutivo Municipal la promulgación y posterior publicación de las referidas normas legales.-

POR ELLO, EL INTENDENTE MUNICIPAL DE ARROYO CABRAL, Dr. PABLO ROQUE ALCALINO, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES

DECRETA

Art.N°01.-) **PROMULGASE** la Ordenanza Municipal N° 794/11, sancionada con fecha 23/11/11 mediante la cual se adhiere a las Leyes Provinciales N° 7.827 y N° 9.113.-

Art.N°02.-) **COMUNIQUESE**, Publíquese, Dese al Registro Municipal y Archívese.-

ARROYO CABRAL, 24 de noviembre de 2011.-

EL CONCEJO DELIBERANTE DE ARROYO CABRAL SANCIONA CON FUERZA DE

ORDENANZA

Art.Nº01.-) **INCORPORASE** como segundo párrafo del artículo Nº 01 de la Ordenanza Municipal Nº 794/11, sancionada con fecha 23/11/2011 y promulgada mediante Decreto Municipal Nº 79/11 dictado con fecha 24/11/2011, el siguiente texto, el cual se detalla a continuación, a saber:

"Sin perjuicio de lo descripto en el párrafo precedente, disponese también la adhesión en todos sus términos a la Ley Provincial Nº 10.026 y a la Ley Nacional Nº 26.687"

Art.Nº02.-) **COMUNIQUESE**, Publíquese, Dese al Registro Municipal y Archívese.-

DADA Y APROBADA EN LA SALA DEL CONCEJO DELIBERANTE DE ARROYO CABRAL, A LOS SEIS DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE DOS MIL TRECE.-

DECRETO N° 69/13

VISTO:

La sanción, por parte del Concejo Deliberante de **ARROYO CABRAL**, de la Ordenanza Municipal N° 849/13 con fecha 06/11/13 y;

CONSIDERANDO:

Que, según lo establece el inciso1) del artículo N° 49 de la Ley Orgánica Municipal N° 8.102 y modificatorias, corresponde al Departamento Ejecutivo Municipal la promulgación y posterior publicación de las referidas normas legales.-

POR ELLO, EL INTENDENTE MUNICIPAL DE ARROYO CABRAL, Dr. PABLO ROQUE ALCALINO, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES

DECRETA

Art.N°01.-) **PROMULGASE** la Ordenanza Municipal N° 849/13, sancionada con fecha 06/11/13 mediante la cual semodifica el artículo N° 01 de la Ordenanza Municipal N° 794/11.-

Art.N°02.-) **COMUNIQUESE**, Publíquese, Dese al Registro Municipal y Archívese.-

ARROYO CABRAL, 07 de noviembre de 2013.-

PROTOCOLO DE CERTIFICACIÓN PARA MUNICIPIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO

PRIMERA ETAPA

1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN INGRESADA EN EL REGISTRO

Nombre del Municipio: Municipalidad de Arroyo Cebral
 Provincia: Córdoba
 Nombre y teléfono de la persona responsable: Pablo Rogue Alcalino 0353
 ¿Cuántos habitantes tiene el municipio? 3500

2. ANÁLISIS DE LA ORDENANZA

Numero de la ordenanza: 849/13
 Fecha de entrada en vigencia: 06/11/2013

La ordenanza...	SI	NO
Establece que los ambientes públicos y laborales cerrados deben ser 100% libres de humo	X	
La norma aplica a los establecimientos del sector público y privado	X	
La norma tiene excepciones en locales de acceso al público u otras (Ej. cárceles e instituciones de salud mental)		X
La norma ordena la colocación de señales	X	
Existen mecanismos de control	X	
Contempla sanciones para los infractores	X	
Prohíbe el patrocinio, promoción y publicidad de productos de tabaco en la vía pública y en locales de uso público	X	

Nombre y Firma del evaluador:

[Firma]
 VANINA A. WAISEL LIC. EN PSICOLOGIA M.P. 4028
 LIC. ZUREA MALDONADO PSICOLOGA - M.P. 2908

Dra. NABEL POZZI DE
 SUBSECRETARIA DE PROY.
 CONSULTAS PSICOL.
 PROYECTO RESP.
 MINISTERIO DE SAUD

SEGUNDA ETAPA

VISITA EN TERRENO

- Selección de los lugares a evaluar dentro del municipio. Para esto, se obtendrá previamente una lista de los edificios de gobierno, hospitales, escuelas, salas de juego, bares y restaurantes y locales de uso público. Se seleccionará al azar uno de cada uno. Se realizará una visita a cada lugar seleccionado. En bares/restaurantes céntricos se harán dos visitas en distintos horarios.
- Check list en cada uno de los lugares seleccionados evaluando todos los espacios CERRADOS de acceso al público (incluyendo escaleras, pasillos, baños).

Edificio municipal	SI	NO
Carteles de "prohibido fumar" visibles	X	
Personas fumando		X
Olor a cigarrillo		X
Ceniceros		X
Colillas en el piso		X
Venta de tabaco		X
Publicidad de tabaco		X

Centro de salud	SI	NO
Carteles de "prohibido fumar" visibles	X	
Personas fumando		X
Olor a cigarrillo		X
Ceniceros		X
Colillas en el piso		X
Venta de tabaco		X
Publicidad de tabaco		X

Sala de juego	SI	NO
Carteles de "prohibido fumar" visibles	X	
Personas fumando		X
Olor a cigarrillo		X
Ceniceros		X
Colillas en el piso		X
Venta de tabaco		X
Publicidad de tabaco		X

Local bailable	SI	NO
Carteles de "prohibido fumar" visibles		
Personas fumando		
Olor a cigarrillo		
Ceniceros		
Colillas en el piso		
Venta de tabaco		
Publicidad de tabaco		

Centro educativo	SI	NO
Carteles de "prohibido fumar" visibles	X	
Personas fumando		X
Olor a cigarrillo		X
Ceniceros		X
Colillas en el piso		X
Venta de tabaco		X
Publicidad de tabaco		X

Bar y restaurante	Horario diurno		Horario nocturno	
	SI	NO	SI	NO
Carteles de "prohibido fumar" visibles	X		X	
Personas fumando		X		X
Olor a cigarrillo		X		X
Ceniceros		X		X
Colillas en el piso		X		X
Venta de tabaco		X		X
Publicidad de tabaco		X		X

3. Entrevista a un informante clave de cada lugar para evaluar nivel de cumplimiento

	Nombre del informante	Cumplimiento		
		Alto	Medio	Bajo
Oficinas públicas municipales	Rafael Roque Alcalá	X		
Locales comerciales				
Bares y restaurantes	Rodríguez Tomás	X		
Locales bailables				
Salas de juego	Evelyn Peralta	X		
Servicios de salud	Franco Leonel Rignola	X		
Escuelas	Estela Feneyra	X		

Nombre y Firma del evaluador: *Vanina y Waigel* *Andrea Maldonado*
VANINA Y WAIGEL ANDREA MALDONADO
DE LEGISLACIONES PSICOLOGA - M.P. 2906
Dr. MARIEL POZZI DE RUBI
SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS
CONTRAPARTE PROVINCIAL
ACTO RESP
MINISTERIO DE SALUD

4. CONCLUSIÓN (A completar por el Ministerio de Salud de la Nación)

El municipio certifica/recertifica: SI NO

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

Observaciones: _____

Nombre y firma del evaluador: _____

Cargo: _____

Fecha: _____

PROTOCOLO DE CERTIFICACIÓN PARA
MUNICIPIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO

PRIMERA ETAPA

1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN INGRESADA EN EL REGISTRO

Nombre del Municipio: Municipalidad Arroyo Cabral
 Provincia: Córdoba
 Nombre y teléfono de la persona responsable: Fabio Roque Alcañino 0353
 ¿Cuántos habitantes tiene el municipio? 3500

2. ANÁLISIS DE LA ORDENANZA

Numero de la ordenanza: 849/13
 Fecha de entrada en vigencia: 06/11/2013

La ordenanza...	SI	NO
Establece que los ambientes públicos y laborales cerrados deben ser 100% libres de humo	X	
La norma aplica a los establecimientos del sector público y privado	X	
La norma tiene excepciones en locales de acceso al público u otras (Ej. cárceles e instituciones de salud mental)		X
La norma ordena la colocación de señales	X	
Existen mecanismos de control	X	
Contempla sanciones para los infractores	X	
Prohíbe el patrocinio, promoción y publicidad de productos de tabaco en la vía pública y en locales de uso público	X	

Nombre y Firma del evaluador:

Vanina A. Waisel
 VANINA A. WAISEL
 LIC. EN PSICOLOGIA
 M.P. 2028

Dr. Mabel Pozzi
 DONADO
 PSICOLOGA - M.P. 2908
 Dra. MABEL POZZI DI
 SUBSECRETARIA PROVI
 CONTRAPARTE PROVI
 PROYECTO RESP
 MINISTERIO DE SA

SEGUNDA ETAPA


VISITA EN TERRENO

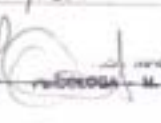
- Selección de los lugares a evaluar dentro del municipio. Para esto, se obtendrá previamente una lista de los edificios de gobierno, hospitales, escuelas, salas de juego, bares y restaurantes y locales de acceso al público. Se seleccionará al azar uno de cada uno. Se realizará una visita a cada lugar seleccionado. En bares/restaurantes céntricos se harán dos visitas en distintos horarios.
- Check list en cada uno de los lugares seleccionados evaluando todos los espacios CERRADOS de acceso al público (incluyendo escaleras, pasillos, baños).

Edificio municipal	SI	NO
Carteles de "prohibido fumar" visibles	X	
Personas fumando		X
Olor a cigarrillo		X
Ceniceros		X
Colillas en el piso		X
Venta de tabaco		X
Publicidad de tabaco		X

3. Entrevista a un informante clave de cada lugar para evaluar nivel de cumplimiento.

	Nombre del informante	Cumplimiento		
		Alto	Medio	Bajo
Oficinas públicas municipales	Pablo Roque Alcalino	X		
Locales comerciales				
Bares y restaurantes	Rodríguez Tomás	X		
Locales bailables				
Salas de juego	Evelyn Peralta	X		
Servicios de salud	Franco Leonel Higuera	X		
Escuelas	Estela Ferrera	X		

Nombre y Firma del evaluador:  VALINA A. WAIDE
PSICÓLOGA
M.P. 4122

 DONADO
SECRETARÍA DE PROGRAMAS
M.P. 2308
PROYECTO RESP
MINISTERIO DE SALUD

4. CONCLUSIÓN (A completar por el Ministerio de Salud de la Nación)

El municipio certifica/recertifica: SI NO

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

Observaciones: _____

Nombre y firma del evaluador: _____

Cargo: _____

Fecha: _____

PROTOCOLO DE CERTIFICACION PARA INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO DE TABACO

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre o razón social que llevará en el certificado Instituto Privado "Diocejanos"

Dirección de la sede inscripta para certificar: Pu. Bautista Boiero 778

Localidad: Aycoyó Cobral Provincia: Córdoba

Teléfono: (0353) 4877124 Mail: sanjose.aycoyocobral@sanjose.edu.ar

Principal actividad de la institución: Educativa Pública Privada

Cantidad de sedes: —

¿Cuántos empleados trabajan en la sede a visitar? 46

¿Cuántos empleados trabajan en la institución en su totalidad? 46

¿Cuántos visitantes recibe por semana la sede a visitar? 300

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

	SI	NO
¿La institución es 100% libre de humo de tabaco?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Esta norma se aplica a toda persona que ingresa, trabaje o pida allí?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se fuma en los vehículos de la institución? <u>No poseen</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se permite fumar en los eventos que organiza?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se permite a los empleados salir del edificio a fumar?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿El nivel de cumplimiento de la normativa 100% libre de humo es ALTO?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIÓN (A completar por el inspector)

¿Existe cartelera en lugares estratégicos que indique la prohibición de fumar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se vende tabaco dentro de la institución? (Ej. cafetería, kiosco, comedor)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se ven personas fumando en algún espacio cubierto o cerrado del edificio?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se percibe olor a tabaco en el interior? (Ej. baños, pasillos, entrada, etc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se ven ceniceros en los espacios donde no está permitido fumar?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

¿Autoriza al Ministerio de Salud de la Nación a incorporar a la institución en la página web oficial y en otros medios de comunicación en caso de certificar como Libre de Humo de Tabaco? SI NO



Apellido y nombre del entrevistado: Ferreira Estela

Cargo: Secretaria

Firma: [Firma manuscrita]

Apellido y nombre del inspector: Lic. Maldonado Andrea - Lic. Urzúel Urzúel

Institución a la que representa: Prop. Priv. Form. de Prev. y Control del Tabaquismo

Fecha de inspección: [Fecha manuscrita]

Firma: [Firma manuscrita]

LIC. EN PSICOLOGIA URZUEL URZUEL PROYECTO RESP

M.P. 4022 URZUEL URZUEL MINISTERIO DE SALUD

CONCLUSIÓN (A completar por el Ministerio de Salud de la Nación)

La institución certifica /recertifica SI NO

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

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

Observaciones: _____

Nombre y firma del evaluador: _____ Fecha: _____

PROTOCOLO DE CERTIFICACION PARA INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO DE TABACO

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre o razón social que llevará en el certificado: Sport Club Colón
 Dirección de la sede inscripta para certificar: Mariano Moreno y Esteban Pío
 Localidad: Arroyo Cebal Provincia: Corrientes
 Teléfono: () Mail: _____
 Principal actividad de la institución: Deportiva/Juegos Pública Privada
 Cantidad de sedes: _____
 ¿Cuántos empleados trabajan en la sede a visitar? 5 (dueños) Locación
 ¿Cuántos empleados trabajan en la institución en su totalidad? 5 (dueños)
 ¿Cuántos visitantes recibe por semana la sede a visitar? 150

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

	SI	NO
¿La institución es 100% libre de humo de tabaco?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Esta norma se aplica a toda persona que ingresa, trabaje o ppa allí?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se fuma en los vehículos de la institución? <u>No poseen</u>		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se permite fumar en los eventos que organiza?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se permite a los empleados salir del edificio a fumar? <u>No tienen</u>		<input checked="" type="checkbox"/>
¿El nivel de cumplimiento de la normativa 100% libre de humo es ALTO?	<input checked="" type="checkbox"/>	

OBSERVACIÓN (A completar por el inspector)

¿Existe cartelera en lugares estratégicos que indique la prohibición de fumar?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se vende tabaco dentro de la institución? (Ej. cafetería, kiosco, comedor)		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se ven personas fumando en algún espacio cubierto o cerrado del edificio?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se percibe olor a tabaco en el interior? (Ej. baños, pasillos, entrada, etc)		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se ven ceniceros en los espacios donde no está permitido fumar?		<input checked="" type="checkbox"/>

¿Autoriza al Ministerio de Salud de la Nación a incorporar a la institución en la página web oficial y en otros medios de comunicación en caso de certificar como Libre de Humo de Tabaco? Si NO

Apellido y nombre del entrevistado: Evelyn Penalta.
 Cargo: Encargada (hija de dueños)
 Firma: Evelyn Penalta. 36.845.024
 Apellido y nombre del inspector: Lic. Vanina Waibel, Lic. Maldonado de la Cruz
 Institución a la que representa: Proy. Provincial de Lic. y Control del Tabaco
 Fecha de inspección: _____
 Firma: Vanina A. Waibel DONADO Lic. MARCEL MALDONADO DE LA CRUZ
VANINA A. WAIBEL LIC. ENBICÓLOGA M.P. 2508 LIC. ENBICÓLOGA M.P. 2508
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CONCLUSIÓN (A completar por el Ministerio de Salud de la Nación)

La institución certifica /recertifica Si NO
 El certificado se expedirá en el mes de _____ de 20____
 En caso negativo se realizan las observaciones pertinentes a la institución.
 Observaciones: _____

Nombre y firma del evaluador: _____ Fecha: _____

PROTOCOLO DE CERTIFICACION PARA INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO DE TABACO

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre o razón social que llevará en el certificado: Centro de Salud "Dr. Alfredo García"

Dirección de la sede inscripta para certificar: Jose Maria Parola y Mariana 17

Localidad: Arroyo Colorado Provincia: Cardoba

Teléfono: (0353) 4877100 Mail: dispenariodearroyocobrado@hotmail.com

Principal actividad de la institución: Salud Pública Privada

Cantidad de sedes: —

¿Cuántos empleados trabajan en la sede a visitar? 27

¿Cuántos empleados trabajan en la institución en su totalidad? 27

¿Cuántos visitantes recibe por semana la sede a visitar? 300

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

	SI	NO
¿La institución es 100% libre de humo de tabaco?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Esta norma se aplica a toda persona que ingresa, trabaje o no allí?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se fuma en los vehículos de la institución?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se permite fumar en los eventos que organiza?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se permite a los empleados salir del edificio a fumar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El nivel de cumplimiento de la normativa 100% libre de humo es ALTO?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIÓN (A completar por el inspector)

¿Existe cartelería en lugares estratégicos que indique la prohibición de fumar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se vende tabaco dentro de la institución? (Ej. cafetería, kiosco, comedor)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se ven personas fumando en algún espacio cubierto o cerrado del edificio?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se percibe olor a tabaco en el interior? (Ej. baños, pasillos, entrada, etc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se ven ceniceros en los espacios donde no está permitido fumar?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

¿Autoriza al Ministerio de Salud de la Nación a incorporar a la institución en la página web oficial y en otros medios de comunicación en caso de certificar como Libre de Humo de Tabaco? SI NO

Apellido y nombre del entrevistado: Franco Leonel Mignola

Cargo: Administrativo

Firma: [Firma] **FRANCO L. MIGNOLA**

DNI 36.812.807

Apellido y nombre del inspector: Lic. María Inés de los Angeles, Lic. Ubiraj Viana

Institución a la que representa: Programa Prev. Perm. de Prev. y Control del Tabaco

Fecha de inspección: [Fecha]

Firma: [Firma] **NOEVA MALDONADO**

LIC. EN PSICOLOGIA

PSICOLOGA - N. P. 2508

DR. JAVIER ROZAS
Subsecretario de Promoción y
Control del Tabaco
Ministerio de Salud

CONCLUSIÓN (A completar por el Ministerio de Salud de la Nación)

La institución certifica /recertifica SI NO

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

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

Observaciones: _____

Nombre y firma del evaluador: _____ Fecha: _____

PROTOCOLO DE CERTIFICACION PARA INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO DE TABACO

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre o razón social que llevará en el certificado: Municipalidad Arroyo Co

Dirección de la sede inscripta para certificar: Jose Parola 378

Localidad: Arroyo Colorado Provincia: Córdoba

Teléfono: 035314877138 Mail: munico5ra1378@hotmail.com

Principal actividad de la institución: _____ Pública Privada

Cantidad de sedes: —

¿Cuántos empleados trabajan en la sede a visitar? 40

¿Cuántos empleados trabajan en la institución en su totalidad? 40

¿Cuántos visitantes recibe por semana la sede a visitar? _____

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

	SI	NO
¿La institución es 100% libre de humo de tabaco?	x	
¿Esta norma se aplica a toda persona que ingresa, trabaje o sea allí?	x	
¿Se fuma en los vehículos de la institución?		x
¿Se permite fumar en los eventos que organiza?		x
¿Se permite a los empleados salir del edificio a fumar?	x	
¿El nivel de cumplimiento de la normativa 100% libre de humo es ALTO?	x	

OBSERVACIÓN (A completar por el inspector)

¿Existe cartelera en lugares estratégicos que indique la prohibición de fumar?	x	
¿Se vende tabaco dentro de la institución? (Ej. cafetería, kiosco, comedor)		x
¿Se ven personas fumando en algún espacio cubierto o cerrado del edificio?		x
¿Se percibe olor a tabaco en el interior? (Ej. baños, pasillos, entrada, etc)		x
¿Se ven ceniceros en los espacios donde no está permitido fumar?		x

¿Autoriza al Ministerio de Salud de la Nación a incorporar a la institución en la página web oficial y en otros medios de comunicación en caso de certificar como Libre de Humo de Tabaco? SI NO

Apellido y nombre del entrevistado: Alcalino Pablo Roque

Cargo: Intendente

Firma: _____

Apellido y nombre del inspector: DR. PABLO R. ALCALINO Lic. Ubaldino Ubaldino - Lic. Haldonado Aud.

Institución a la que representa: Progr. Prov. Perm. de Lic. Control del Tabaco

Fecha de inspección: _____

Firma: Ubaldino Ubaldino LIC. EN PSICOLOGIA M.P. 2908

DR. Haldonado Aud.
SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS
CONTIAPARTE PROVINCIAL
PROYECTO RESP
MINISTERIO DE SALUD



CONCLUSIÓN (A completar por el Ministerio de Salud de la Nación)

La institución certifica /recertifica SI NO

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

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

Observaciones: _____

Nombre y firma del evaluador: _____ Fecha: _____

PROTOCOLO DE CERTIFICACION PARA INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO DE TABACO

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre o razón social que llevará en el certificado: Bar Cafetto
 Dirección de la sede inscripta para certificar: Córdoba y Bu. Poiero
 Localidad: Arroyo Cabral Provincia: Córdoba
 Teléfono: (0353) 154146370 Mail: _____
 Principal actividad de la institución: alimentación Pública Privada
 Cantidad de sedes: _____
 ¿Cuántos empleados trabajan en la sede a visitar? 3 (dueños)
 ¿Cuántos empleados trabajan en la institución en su totalidad? 3 (dueños)
 ¿Cuántos visitantes recibe por semana la sede a visitar? 250

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

	SI	NO
¿La institución es 100% libre de humo de tabaco?	X	
¿Esta norma se aplica a toda persona que ingresa, trabaje o pague allí?	X	
¿Se fuma en los vehículos de la institución? <u>No posee</u>		X
¿Se permite fumar en los eventos que organiza?		X
¿Se permite a los empleados salir del edificio a fumar?		X
¿El nivel de cumplimiento de la normativa 100% libre de humo es ALTO?	X	

OBSERVACIÓN (A completar por el inspector)

¿Existe cartelera en lugares estratégicos que indique la prohibición de fumar?	X	
¿Se vende tabaco dentro de la institución? (Ej. cafetería, kiosco, comedor)		X
¿Se ven personas fumando en algún espacio cubierto o cerrado del edificio?		X
¿Se percibe olor a tabaco en el interior? (Ej. baños, pasillos, entrada, etc)		X
¿Se ven ceniceros en los espacios donde no está permitido fumar?		X

¿Autoriza al Ministerio de Salud de la Nación a incorporar a la institución en la página web oficial y en otros medios de comunicación en caso de certificar como Libre de Humo de Tabaco? SI NO

Apellido y nombre del entrevistado: Rodriguez Tomas

Cargo: Encargado

Firma: Rodriguez Tomas Rodriguez 2.2.N.16.199482

Apellido y nombre del inspector: Dr. Walter Utrero - Lic. Maldonado Andrea

Institución a la que representa: Imp. Industrial de Huevo y Control del Tabaquero

Fecha de inspección: _____

Firma: [Firma]

LIC. EN PSICOLOGIA PSICOLOGA M. N. 2908

Dr. Walter Utrero
 INSPECTOR TAMBE PROGRAMAS
 CONTRAPARTE PROVINCIAL
 PROYECTO RESP
 MINISTERIO DE SALUD

CONCLUSIÓN (A completar por el Ministerio de Salud de la Nación)

La institución certifica /recertifica SI NO

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

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

Observaciones: _____

Nombre y firma del evaluador: _____ Fecha: _____

