

**MODULO SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ**

Numero: _____

Data apertura: _____

Parte 1: Descrizione della non conformità

	Descrizione e eventuale documentazione allegata
<input type="checkbox"/> Controlli durante l'erogazione del servizio	
<input type="checkbox"/> Controlli al termine del servizio	
<input type="checkbox"/> Reclamo da clienti	
<input type="checkbox"/> Verifiche Ispettive interne	
<input type="checkbox"/> Verifiche da organo di sorveglianza (ATS)	
<input type="checkbox"/> Indicare eventuali fornitori coinvolti _____	
<input type="checkbox"/> Allegare eventuale documentazione (es. fax, lettere, fotografie, altro) _____	
<input type="checkbox"/> Analisi delle cause _____ _____ _____	

Firma compilatore _____

Data _____

Parte 2: Disposizioni circa il trattamento

--

DIRETTORE _____

RESPONSABILE SANITARIO _____

Parte 3: Verifica di chiusura della non conformità

<input type="checkbox"/> La non conformità è stata risolta	<input type="checkbox"/> La non conformità non è stata risolta (specificare nuove disposizioni)
Data _____	Firma _____

Azioni Correttive/Preventive da attivare ?

 SI n. _____ NO