REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B

Verbale di controllo ufficiale

Dipartimento di Prevenzione – ASL _____

Servizio di _____

Tel. _____ mail/PEC_____

VERBALE N°_____

Il/I sottoscritto/i _____ con la qualifica di _____
dalle ore _____ alle ore _____ del _____ ha/hanno effettuato un controllo ufficiale
nello stabilimento ubicato in via _____ Comune _____
CAP _____ (Prov. ____) telefono _____ e-mail/pec _____
□ Registrato Reg. 1069/2009 con numero/rif. DUA _____
□ Riconosciuto Reg. 1069/2009 con numero CE IT _____

dell'Impresa del settore dei SOA (denominazione) _____
sede legale in via _____ Comune _____ CAP _____ (Prov. ____)
telefono _____ e-mail/pec _____
Partita IVA _____ Codice fiscale _____

Titolare/Legale Rappresentante Sig/Sig.ra. _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. ____), residente in via _____
località _____ Comune _____ (Prov. ____)

Rappresentante della ditta per il controllo: Sig/Sig.ra. _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. ____), qualifica _____.

Motivazione del Controllo Ufficiale
□ Programmato □ Follow up
□ Su segnalazione □ Richiesta UVAC □ Allerta
□ Certificazione □ Su domanda □ Pratica SUAPE

Attività oggetto del controllo ufficiale _____

Metodi e tecniche del controllo ufficiale □ Ispezione □ Audit □ Verifica □ Campionamento per l'analisi

	Ambiti del controllo	**Risultanze**						**Evidenze**
		SI	si	no	NO	nv	na	
1	Riconoscimento/registrazione							
2	Condizioni strutturali ed attrezzature							
3	Condizioni di pulizia e sanificazione							
4	Igiene del personale e delle lavorazioni							
5	Formazione del personale							
6	Lotta agli infestanti							
7	Gestione scarti, rifiuti e reflui di lavorazione sottoprodotti di origine animale							
8	Rintracciabilità, ritiro/richiamo							
9	Materie prime, semilavorati e prodotti finiti							
10	Etichettatura/identificazione SOA							
11	Sistema di stoccaggio e trasporto							
12	HACCP							
13	Rispetto dei parametri di processo							

Osservazioni_____
_____

Per la Ditta *Timbro e firma dell'Operatore ASL*

_____ _____

ALLEGATO al Verbale di controllo di ufficiale N° _____ del _____

Per la Ditta

_____

Timbro e firma dell'Operatore ASL

_____