



**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

Direzione generale della Sanità
Servizio sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Allegato C

Modulo per la VERIFICA della EFFICACIA A POSTERIORI

Data: ____/____/____ luogo _____ ora inizio _____ ora fine _____

AC oggetto della verifica:

Attività oggetto della verifica:

Normativa di riferimento:

Tipo di atto amministrativo valutato:

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| ☐ | Relazione di CU | specificare _____ |
| ☐ | Check list | specificare _____ |
| ☐ | Atti distinti e ulteriori | specificare _____ |



**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

Direzione generale della Sanità
Servizio sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Allegato C

☐ **altro** **specificare** _____

Personale coinvolto nelle attività oggetto della verifica:

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____ **Funzione** _____ **UO di appartenenza** _____

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____ **Funzione** _____ **UO di appartenenza** _____

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____ **Funzione** _____ **UO di appartenenza** _____

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____ **Funzione** _____ **UO di appartenenza** _____

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____ **Funzione** _____ **UO di appartenenza** _____



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

Direzione generale della Sanità
Servizio sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Allegato C

Documenti valutati n. _____

n° progr.	Atto	collocazione	leggibilità	chiarezza	completezza	attribuibilità	coerenza con altri atti correlati	conformità a procedura o norma	giudizio (pos./neg.)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
...									



**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

Direzione generale della Sanità
Servizio sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Allegato C

Conclusioni:

Eventuali dichiarazioni rese dal personale supervisionato:



**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

Direzione generale della Sanità
Servizio sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Allegato C

Eventuali controdeduzioni del GdV:

Copia del presente atto amministrativo non provvedimentale di accertamento viene consegnato alle parti coinvolte

Fatto, letto, confermato e sottoscritto in data e luogo di cui sopra

Il Responsabile del GdV _____ **Firma:** _____ **Data:** ____/____/____

Componenti del GdV _____ **Firma:** _____ **Data:** ____/____/____

_____ **Firma:** _____ **Data:** ____/____/____

Personale supervisionato _____ **Firma:** _____ **Data:** ____/____/____

_____ **Firma:** _____ **Data:** ____/____/____

_____ **Firma:** _____ **Data:** ____/____/____

altro personale coinvolto _____ **Firma:** _____ **Data:** ____/____/____

_____ **Firma:** _____ **Data:** ____/____/____