



**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 D

Modulo di VERIFICA della EFFICACIA IN TEMPO REALE

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

AC/Personale oggetto della verifica: _____

Metodo del controllo ufficiale o altra attività ufficiale:

☐ Audit _____

☐ Ispezione _____

☐ Campionamento _____

☐ altro _____

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 D

Descrizione delle attività oggetto della verifica:

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 D

Eventuali controdeduzioni del GdV:

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: ____/____/____