



**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 F

Modulo per RACCOMANDAZIONE e PIANO DI AZIONE

A cura del GdV

Verifica efficacia presso: _____		Data: ____/____/____
Raccomandazione n° _____ di _____ Rif. Norma _____		
Descrizione _____ _____		
Supervisore che formula la raccomandazione	Responsabile del GdV	Responsabile dell'UO oggetto di verifica
Nominativo: _____	Nominativo: _____	Nominativo: _____
Firma: _____	Firma: _____	Firma: _____
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____



**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 F

A cura dell'UO oggetto di verifica

Causa della NC e/o osservazione alla base della raccomandazione: _____	
Causa della NC e/o osservazione alla base della raccomandazione: _____	
Azione preventiva (AP) e/o correttiva (AC) proposta: _____	
Data proposta AP/AC: ____/____/____	AP/AC da attuare entro (indicare una data): ____/____/____
Responsabile AP/AC:	Funzione _____ Firma: _____
Responsabile UO oggetto di verifica:	Funzione _____ Firma: _____



**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 F

A cura del GdV

Valutazione della AP/AC (a cura dell'auditor che ha formulato la raccomandazione): _____ _____			
Da verificare entro il: ____/____/____			
Sigla supervisore: _____	Data: ____/____/____	Sigla Res. GdV: _____	Data: ____/____/____
Esito: AP/AC attuata Data attuazione: ____/____/____ AP/AC non attuata Motivazioni: _____			
Data valutazione: ____/____/____		il Responsabile dell'UO oggetto di verifica _____	