REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Direzione generale della Sanità
Servizio Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Procedura per l'esecuzione degli audit di cui all'articolo 4 (6) del Regolamento (CE) n. 882/2004 sul Sistema Sanitario Regionale		
Allegato 6	**LISTA DI RISCONTRO**	**Rev. ------ del ------**

ORGANIZZAZIONE OGGETTO DI AUDIT- ASL N. ---- di _____ ☐ **Dipartimento di Prevenzione:** ☐ **Servizio di Sanità Animale;** ☐ **Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale** ☐ **Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche** ☐ **Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione**	**DATA __/__/____**

OBIETTIVI DELL'AUDIT: Verifica della conformità dei CU ai requisiti specificati negli articoli --------, ……, del Regolamento (CE) N. 882/2004; dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 e della << normativa specifica >>nel caso di Audit di settore

TIPO DI AUDIT: ☐ SISTEMA ☐ SETTORE: _____	
LUOGO:	
COMOPONENTI DEL GRUPPO DI AUDIT	**RUOLO**

<<Argomento 1>>

Procedura per l'esecuzione degli audit di cui all'articolo 4 (6) del Regolamento (CE) n. 882/2004 sul Sistema Sanitario Regionale		
Allegato 6	**LISTA DI RISCONTRO**	**Rev. ------ del ------**

RIF. NORMATIVI:	
Domande:	
EVIDENZE	**Risultanze**: raccomandazioni/osservazioni
DIPARTIMENTO	
SIAN	
SIAOA:	
SIAPZ:	
SA	

ELENCO DEGLI ATTI ACQUISITI

N.	Nome	Codice	Dipartimento/Servizio
			Dipartimento/Servizio
			Dipartimento/Servizio
			Dipartimento/Servizio
			Dipartimento/Servizio

Si riportano le osservazioni e le raccomandazioni emerse durante l'audit e formalizzate

Osservazione n° 1/____*Riferimento normativo:*

Osservazione n° 2/____*Riferimento normativo:*

Osservazione n° ……/____*Riferimento normativo:*

Raccomandazione n° 1/____*Riferimento normativo:*

Raccomandazione n° 2/____*Riferimento normativo:*

Raccomandazione n° …../____*Riferimento normativo:*

Data ed ora di completamento dell'audit……ore …….

Responsabile del gruppo di audit

Nominativo _____ firma_____

Auditors

Nominativo _____ firma_____

Nominativo _____ firma_____

Nominativo _____ firma_____

Nominativo _____ firma_____