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 10	**PIANO D'AZIONE**	**Rev. ------- del --------**

AUDIT PRESSO: ASL _____	**DATA: __/__/____**

□ RACCOMANDAZIONE **□ OSSERVAZIONE** **N° _____ DI_____ A:**

- □ **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**

Rif. Normativo:

Reg. (CE) 882/2004, art……..; altri riferimenti normativi specifici…….

Descrizione:

Causa della carenza di conformità e/o osservazione (a cura dell'organizzazione oggetto di audit):

Azione di miglioramento (A.M.) proposta: □ A.C. □ A.P (a cura dell'organizzazione oggetto di audit):

Data proposta AC/AP: __/__/___	AC/AP da attuare entro il __/____/_____

Responsabile AC/AP _____Funzione _____ Firma: _____

Il Responsabile dell'Organizzazione oggetto di Audit: _____

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 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 10	**PIANO D'AZIONE**	**Rev. ---- del ------**

A CURA DEL GRUPPO DI AUDIT			
Valutazione della AC/AP: l'azione di miglioramento proposta è adeguata: □ SI □ NO (a cura dell'auditor che ha formulato la raccomandazione): perché_____ _____ _____Data ____/____/_____ Azione di miglioramento da attuare entro la data di ____/____/_____ Data prevista per la verifica dell'attuazione ____/____/_____			
Firma Auditor	Data __/__/___	Firma RGdA	Data __/__/___

Verifica dell'attuazione dell'A.M.: l'azione di miglioramento è stata attuata □ SI in data □ NO perché _____
_____

Il Responsabile della valutazione _____Firma _____Data ____/____/_____

A.P azione preventiva
A.C azione correttiva
A.M. azione di miglioramento