



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato C alla Determinazione n. 899 del 11 settembre 2017

Nella piena autonomia dell'organizzazione del Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, il Direttore potrà decidere di consentire il rilascio della presente scheda contestualmente al CU (ed in tal caso sarà firmata dal rappresentante della Ditta e dagli incaricati del controllo), oppure disporre la trasmissione della stessa in un momento successivo (firmata dallo stesso Direttore)

SCHEDA N° _____ RILEVAZIONE NON CONFORMITÀ (NC) E PRESCRIZIONI

Piano Regionale 2017-2019 per le attività di C.U. sulla corretta applicazione dei Reg. (CE) n. 1069/2009 e (UE) n. 142/2011 sui SOA

non conformità collegata a: ☐ lista di riscontro del _____ / _____ /20
☐ verbale n° _____ del _____ / _____ /20
☐ NC precedente n° _____ del _____ / _____ /20

Controllo Ufficiale eseguito da: _____
Presso la Ditta: _____
Sede operativa _____ Tipologia: _____
Numero di riconoscimento/registrazione: _____ notificato alla Ditta al
Sig.: _____ in qualità di: _____
presso _____

requisiti strutture e attrezzature (e condizioni generali di pulizia)	corretta gestione materiali in ingresso	rispetto dei parametri di processo	procedure dell'auto-controllo e gestione dei CCP	corretta gestione prodotti finiti o dei materiali e prodotti depositati	gestione sottoprodotti residui dopo la lavorazione	tracciabilità	mantenimento del possesso dei requisiti di idoneità dei veicoli e dei contenitori
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ: _____

PRESCRIZIONE IMPARTITA e/o PROVVEDIMENTI ADOTTATI (ai sensi del Regolamento CE 1069/2009, Art. 46):

DICHIARAZIONI DA PARTE DELLA DITTA IN MERITO ALLE NON CONFORMITÀ RISCOstrate:

RISOLUZIONE DELLE NON CONFORMITÀ: il personale che ha eseguito il C.U. ha indicato ai rappresentanti della Ditta il termine (data: _____ / _____ /20 _____) entro cui adempiere alle prescrizioni impartite e risolvere le non conformità rilevate.

Le suddette informazioni sono fornite ai sensi dell'articolo 46, paragrafo 2, del Regolamento (CE) n. 1069/2009 alla Ditta interessata che, parimenti, è informata che avverso le prescrizioni impartite e/o i provvedimenti adottati, in analogia a quanto disposto dall'articolo 54, paragrafo 3, lettera b), del Regolamento (CE) n. 882/2004, essa può presentare eventuale **ricorso scritto entro trenta giorni** dalla data di notifica del presente atto al **Direttore Generale dell'ATS, tramite raccomandata AR** o con la/le seguente/i altra/e modalità: _____

Firma dei Controllori Ufficiali/Direttore del Servizio _____ _____	Per la Ditta, firma del/la Sig. _____ _____ Data _____ / _____ / 20 _____
--	---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

SCHEDA N° _____ RILEVAZIONE NON CONFORMITÀ (NC) E PRESCRIZIONI

Piano Regionale 2017-2019 per le attività di C.U. sulla corretta applicazione dei Regol. (CE) n. 1069/2009 e (UE) n. 142/2011 sui SOA

ESITO DELLA VERIFICA DELL'ESECUZIONE DELLA PRESCRIZIONE eventualmente collegata a:		<input type="checkbox"/> lista di riscontro del _____/_____/20 <input type="checkbox"/> verbale n° _____ del _____/_____/20 <input type="checkbox"/> scheda NC n° _____ del _____/_____/20
ESEGUITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE ESEGUITO	
PROVVEDIMENTO ADOTTATO	<input type="checkbox"/> sospensione delle operazioni o la chiusura in toto o in parte per un appropriato periodo di tempo (ai sensi del Reg. CE 1069/2009, art. 46, paragrafo 2)	
	<input type="checkbox"/> proposta di sospensione del riconoscimento (Reg. CE 1069/2009, art. 46, paragrafo 1 lett. a)	
	<input type="checkbox"/> proposta di revoca del riconoscimento (Reg. CE 1069/2009, art. 46, paragrafo 1 lett. b)	
	<input type="checkbox"/> altra misura ritenuta opportuna (Reg. CE 1069/2009, art. 46, paragrafo 1 lett. c) specificare: _____	
	<input type="checkbox"/> sanzione ai sensi del _____	
RICHIESTA DI PROROGA ALLE PRESCRIZIONI FINO AL: _____/_____/20		SI APPROVA PROROGA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Le suddette informazioni sono fornite ai sensi dell'articolo 46, paragrafo 2, del Regolamento (CE) n. 1069/2009 alla Ditta interessata che, parimenti, è informata che avverso le prescrizioni impartite e/o i provvedimenti adottati, in analogia a quanto disposto dall'articolo 54, paragrafo 3, lettera b), del Regolamento (CE) n. 882/2004, essa può presentare eventuale **ricorso scritto entro trenta giorni** dalla data di notifica del presente atto al **Direttore Generale dell'ATS, tramite raccomandata AR** o con la/le seguente/i altra/e modalità:

Firma dei Controllori Ufficiali/Direttore del Servizio _____ _____	Per la Ditta, firma del/la Sig. _____ _____ Data ____/____/20__
--	---

(depenare la parte sottostante se non interessa):

ESITO DELLA VERIFICA DELL'ESECUZIONE DELLA PRESCRIZIONE A SEGUITO DI PROROGA eventualmente collegata a:		<input type="checkbox"/> lista di riscontro del _____/_____/20 <input type="checkbox"/> verbale n° _____ del _____/_____/20
ESEGUITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE ESEGUITO	
PROVVEDIMENTO ADOTTATO	<input type="checkbox"/> sospensione delle operazioni o la chiusura in toto o in parte per un appropriato periodo di tempo (ai sensi del Reg. CE 1069/2009, art. 46, paragrafo 2)	
	<input type="checkbox"/> proposta di sospensione del riconoscimento (Reg. CE 1069/2009, art. 46, paragrafo 1 lett. a)	
	<input type="checkbox"/> proposta di revoca del riconoscimento (Reg. CE 1069/2009, art. 46, paragrafo 1 lett. b)	
	<input type="checkbox"/> altra misura ritenuta opportuna (Reg. CE 1069/2009, art. 46, paragrafo 1 lett. c) specificare: _____	
DATA ____/____/20__		FIRMA DEI CONTROLLORI UFFICIALI: _____ _____

Osservazioni:
.....
.....

Timbro e firma dell'Operatore ASSL

Per la Ditta
