



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Allegato F

Verbale di sopralluogo

Riconoscimento ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004

ASL di _____

Servizio di _____

Tel. _____ mail/PEC _____

VERBALE N° _____

Il/la sottoscritto/i con la qualifica di
dalle ore.....alle ore..... del ha/hanno effettuato un sopralluogo nello
Stabilimento indirizzo n.
ComuneCap(Prov.....)
Numero di riconoscimento (se applicabile) CE IT _____

dell'Impresa alimentare (denominazione) sede legale in
indirizzon.Comune.....CAP.....(Prov.)
telefono e-mail/pec
Partita IVA..... Codice fiscale

Titolare/Legale Rappresentante Sig/Sig.ra.nato/a il
a..... (Prov.), residente in via
localitàComune..... (Prov.)

Rappresentante della ditta per il controllo: Sig/Sig.ra.nato/a il.....
a..... (Prov.), qualifica.....

Motivazione del Controllo Ufficiale: Rif. pratica n. del SUAPE di, relativa a:

- Riconoscimento di un nuovo stabilimento
- Ampliamento con ulteriori attività in uno stabilimento già riconosciuto
- Altro, specificare:

Scheda n. 1 Requisiti generali in materia di igiene

Regolamento (CE) n. 852/2004 – Allegato II	Lo stabilimento rispetta i pertinenti requisiti delle strutture e delle attrezzature?			Lo stabilimento rispetta i pertinenti requisiti gestionali e operativi?		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA
CAPITOLO I Requisiti generali applicabili alle strutture destinate agli alimenti						
CAPITOLO II Requisiti specifici applicabili ai locali all'interno dei quali i prodotti alimentari vengono preparati, lavorati o trasformati						
CAPITOLO IV Trasporto						
CAPITOLO V Requisiti applicabili alle attrezzature						
CAPITOLO VI Rifiuti alimentari						
CAPITOLO VII Rifornimento idrico						
CAPITOLO VIII Igiene personale						
CAPITOLO IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari						
CAPITOLO X Requisiti applicabili al confezionamento e all'imballaggio di prodotti alimentari						
CAPITOLO XI Trattamento termico						



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Allegato F

Verbale di sopralluogo

Riconoscimento ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004

ASL di _____

Servizio di _____

Tel. _____ mail/PEC _____

Scheda n. 2 Piano di autocontrollo

	L'OSA ha predisposto una procedura adeguata per lo stabilimento?			La procedura è applicata adeguatamente?		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Procedura di manutenzione						
Procedura di pulizia e sanificazione						
Procedura per la formazione del personale						
Procedura per la lotta agli infestanti						
Procedura per la gestione scarti, rifiuti e sottoprodotti di origine animale						
Procedura per l'approvvigionamento idrico						
Procedura per la rintracciabilità, ritiro/riciamo						
Procedura per la gestione di materie prime, semilavorati, prodotti finiti ed etichettatura						
Procedura per stoccaggio e trasporto						
HACCP						
Piano di campionamento per l'analisi compresi i criteri microbiologici						

Note e prescrizioni

Scheda n. 1 Requisiti generali in materia di igiene	
Scheda n. 2 Piano di autocontrollo	

Firma degli incaricati del sopralluogo

Firma dell'OSA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Verbale di sopralluogo

Riconoscimento ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004

ASL di _____

Servizio di _____

Tel. _____ mail/PEC _____

Parere per il riconoscimento dello stabilimento

Verificata, per quanto di competenza, la correttezza formale e sostanziale dell'istanza e della documentazione trasmessa dal SUAPE e viste le risultanze del sopralluogo rispetto ai pertinenti requisiti stabiliti dal Regolamento (CE) n. 852/04 e ad altri pertinenti requisiti della normativa comunitaria, si esprime parere:

1. **FAVOREVOLE** per

il riconoscimento **CONDIZIONATO** in quanto lo stabilimento rispetta

pienamente

parzialmente (vedi note e prescrizioni)

i pertinenti requisiti per le seguenti sezioni e attività (se necessario specificare anche i prodotti):

la proroga del **CONDIZIONATO** (la cui durata non può superare complessivamente i sei mesi a decorrere dalla data della determinazione di concessione del riconoscimento condizionato) in quanto lo stabilimento ha compiuto progressi evidenti, ma non soddisfa pienamente (vedi note e prescrizioni) i pertinenti requisiti per le seguenti sezioni e attività (ove appropriato, specificare i prodotti):

il riconoscimento **DEFINITIVO** in quanto lo stabilimento rispetta i pertinenti requisiti per le seguenti sezioni e attività (ove appropriato, specificare i prodotti):

2. **SFAVOREVOLE** per il riconoscimento in quanto lo stabilimento non rispetta i pertinenti requisiti per le seguenti sezioni e attività:

Note: _____

Il Responsabile del Servizio
