



NON CONFORMITÀ – AZIONE CORRETTIVA

N°
Data

Verifica Ispettiva del (data):

Presso il Centro (codice centro):

Denominazione del Centro:

OGGETTO DELLA NON CONFORMITA'

DESCRIZIONE NON CONFORMITÀ RILEVATA

ANALISI DELLE CAUSE

Firma Ispettore.....

Firma del Supervisore o del responsabile
(ove previsto dell'esaminatore) per presa visione:

Firma..... Data.....

CODICE	REVISIONE	DATA	REDAZIONE E VERIFICA	APPROVAZIONE
IGESA-QA01	04	08.05.2017	RQ	DG



NON CONFORMITÀ – AZIONE CORRETTIVA

TRATTAMENTO

Termine di attuazione _____

Responsabile dell'attuazione _____

Firma di autorizzazione _____

Data _____

ESITO DEL TRATTAMENTO

- Attuato ed efficace**
- Attuato ma non efficace**
- In corso di attuazione**
- Non attuato**

Osservazioni

Firma di chi ha eseguito la verificaData.....

Data.....

Firma Legale Rappresentante del Centro e Timbro del Centro.....