



RACCOMANDAZIONE – AZIONE MIGLIORATIVA

N° .....
Data .....

Verifica Ispettiva del (data):

Presso il Centro (codice centro):

Denominazione del Centro:

<p><b>OGGETTO DELLA RACCOMANDAZIONE</b></p> <hr/> <hr/>
<p><b>DESCRIZIONE</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>ANALISI DELLE CAUSE</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Firma Ispettore.....</p> <p>Firma del Supervisore o del responsabile (ove previsto dell'esaminatore) per presa visione: Firma..... Data.....</p>

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



**NON CONFORMITÀ – AZIONE CORRETTIVA**

**AZIONE MIGLIORATIVA / PREVENTIVA**

Termine di attuazione \_\_\_\_\_

Responsabile dell'attuazione \_\_\_\_\_

Firma di autorizzazione \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**ESITO AZIONE**

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

**Osservazioni**

Firma di chi ha eseguito la verifica .....Data.....

Data.....

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