

Segnalazione di Non Conformità

Processo: _____

Unità Operativa

direttore: _____

descrizione della non conformità		Soluzione immediatamente adottata	Descrizione della soluzione	Azioni susseguenti adottate	Descrizione della soluzione	data	Firma di chi ha valutato l'efficacia della soluzione
	☹	☺		☺			

È richiesta azione di miglioramento SI NO

Data ____/____/____

Firma di chi rileva la non conformità

Firma del personale contattato
(in caso di non conformità rilevata in corso di audit)

Firma di chi ha adottato la soluzione immediata

CHIUSURA DELLA NON CONFORMITÀ

Data: ____/____/____

