



Rapporto n° ____

Data ____/____/____

Tipologia della non conformità:

- non conformità rilevate durante la normale attività dell'organizzazione
- non conformità rilevate durante gli audit interni

Descrizione della non conformità:

Data:

____/____/____

Firma rilevatore:

Firma Presidente CdS:

Analisi delle cause

Proposta di risoluzione

Data:

____/____/____

Firma del proponente:



VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLA NON CONFORMITÀ

Trattamento e modalità per la risoluzione immediata (Correzione):

Responsabile dell'attuazione: _____

Tempi previsti per l'attuazione: _____

Data:

__/__/__

Firma resp. attuazione:

Firma Presidente CdS:

Eventuale azione correttiva

Responsabile dell'attuazione: _____

Tempi previsti per l'attuazione: _____

Data:

__/__/__

Firma responsabile dell'attuazione:

Firma RGQ:

VERIFICA DELLA RISOLUZIONE DELLA NON CONFORMITÀ

Data:

__/__/__

Visto Presidente CdS:

Esito:

positivo

negativo