



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato F alla Delib.G.R. n. 11/17 del 28.2.2017

Modulo per RACCOMANDAZIONE e PIANO DI AZIONE

A cura del GdV

Verifica efficacia presso: _____		Data: ____/____/____
Raccomandazione n° _____ di _____ Rif. Norma _____		
Descrizione _____ _____		
Supervisore che formula la raccomandazione	Responsabile del GdV	Responsabile dell'UO oggetto di verifica
Nominativo: _____	Nominativo: _____	Nominativo: _____
Firma: _____	Firma: _____	Firma: _____
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

A cura dell'UO oggetto di verifica

Causa della NC e/o osservazione alla base della raccomandazione: _____ _____ _____
--



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Causa della NC e/o osservazione alla base della raccomandazione: _____ _____	
Azione preventiva (AP) e/o correttiva (AC) proposta: _____ _____	
Data proposta AP/AC: ____ / ____ / _____	AP/AC da attuare entro (indicare una data): ____ / ____ / _____
Responsabile AP/AC: _____	Funzione _____ Firma: _____
Responsabile UO oggetto di verifica: _____	Funzione _____ Firma: _____

A cura del GdV

Valutazione della AP/AC (a cura dell'auditor che ha formulato la raccomandazione): _____ _____			
Da verificare entro il: ____ / ____ / _____			
Sigla supervisore: _____	Data: ____ / ____ / _____	Sigla Res. GdV: _____	Data: ____ / ____ / _____
Esito: AP/AC attuata <input type="checkbox"/> Data attuazione: ____ / ____ / _____ AP/AC non attuata <input type="checkbox"/> Motivazioni: _____			
Data valutazione: ____ / ____ / _____		il Responsabile dell'UO oggetto di verifica _____	