



AZIENDA: _____

DATA: _____ **LIVELLO DI CRITICITA':** ☐ LIEVE ☐ GRAVE

DESCRIZIONE:

CAUSA PRESUNTA

TRATTAMENTO DELLA NON CONFORMITA'

AZIONE CORRETTIVA

Termine di completamento: _____

CHIUSURA DELL'AZIONE CORRETTIVA

Data della verifica:

Esito:

☐ POSITIVO

☐ NEGATIVO

Note:

Il Responsabile dell'Azienda