



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

A SSES S'ORADDE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO 8

Nella piena autonomia dell'organizzazione del Servizio competente, il Direttore potrà decidere di consentire il rilascio della presente scheda contestualmente al CU ed in tal caso sarà firmata dall'OSA e dagli incaricati del controllo, oppure disporre la trasmissione della stessa in un momento successivo (firmata dallo stesso Direttore o da un suo delegato) purché contestualmente al CU sia lasciata evidenza all'OSA delle non conformità rilevate.

**SCHEDA N° \_\_\_\_ RILEVAZIONE NON CONFORMITÀ (NC) E PRESCRIZIONI**

Piano regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti (PRCUA) 2015-2018

- non conformità collegata a:
- lista di riscontro del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_
  - verbale n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_
  - NC precedente n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Controllo Ufficiale eseguito da: \_\_\_\_\_

Presso la Ditta: \_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_ Tipologia: \_\_\_\_\_

Numero di riconoscimento/registrazione: \_\_\_\_\_ Notificato alla Ditta al Ditta Sig.: \_\_\_\_\_

in qualità di: \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Condizioni strutture e attrezzature	Condizioni pulizia sanificazione	Igiene lavorazione e del personale	Gestione dei prerequisiti	Materie prime, semilavorati, ingredienti prodotto finito	Piano H.A.C.C.P.	Altro (specificare)

**DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA':**

\_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE IMPARTITA e/o PROVVEDIMENTI ADOTTATI (Ai sensi del Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2):**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI DA PARTE DELLA DITTA IN MERITO ALLE NON CONFORMITA' RISCOSE :**

\_\_\_\_\_

**RISOLUZIONE DELLE NON CONFORMITA':**

Il personale che ha eseguito il controllo ufficiale ha indicato ai rappresentanti della ditta la data del come termine entro cui adempiere alle prescrizioni impartite e risolvere le non conformità rilevate

Avverso le prescrizioni impartite e/o i provvedimenti adottati, si informa la Ditta interessata che, ai sensi dell'articolo 54, paragrafo 3, lettera b), del Regolamento (CE) n. 882/2004, può presentare eventuale **ricorso scritto entro trenta giorni** dalla data di notifica del presente atto al **Direttore Generale della ASL, tramite raccomandata AR** o con la/le seguente/i altra/e modalità: .....

Firma dei Controllori Ufficiali/Direttore del Servizio/(...)	Per la Ditta, firma dell/la Sig. _____
_____	_____
_____	Data ____ / ____ /20 ____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO 8

SCHEDA N° \_\_\_\_ RILEVAZIONE NON CONFORMITÀ (NC) E PRESCRIZIONI

Piano regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti (PRCUA) 2015-2018

<b>ESITO DELLA VERIFICA DELL'ESECUZIONE DELLA PRESCRIZIONE</b> eventualmente collegata a:		<input type="checkbox"/> lista di riscontro del ____ / ____ /20
		<input type="checkbox"/> verbale n° ____ del ____ / ____ /20
		<input type="checkbox"/> scheda NC n° ____ del ____ / ____ /20
<b>ESEGUITO</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE ESEGUITO
<b>PROVVEDIMENTO ADOTTATO</b>	<input type="checkbox"/> SOSPENSIONE DELLE OPERAZIONI O LA CHIUSURA IN TOTO O IN PARTE PER UN APPROPRIATO PERIODO DI TEMPO (Ai sensi del Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2 lett. e)	
	<input type="checkbox"/> PROPOSTA DI SOSPENSIONE DEL RICONOSCIMENTO (Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2 lett. f)	
	<input type="checkbox"/> PROPOSTA DI REVOCA DEL RICONOSCIMENTO (Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2 lett. f)	
	<input type="checkbox"/> ALTRA MISURA RITENUTA OPPORTUNA (Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2 lett. h) SPECIFICARE: _____	
	<input type="checkbox"/> SANZIONE Ai sensi del _____	
<b>RICHIESTA DI PROROGA ALLE PRESCRIZIONI FINO AL:</b>	____ / ____ /20	
	<b>SI APPROVA PROROGA</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Avverso le prescrizioni impartite e/o i provvedimenti adottati, si informa la Ditta interessata che, ai sensi dell'articolo 54, paragrafo 3, lettera b), del Regolamento (CE) n. 882/2004, può presentare eventuale **ricorso scritto entro trenta giorni** dalla data di notifica del presente atto al **Direttore Generale della ASL, tramite raccomandata AR** o con la/le seguente/i altra/e modalità: .....

Firma dei Controllori Ufficiali/Direttore del Servizio/(....)	Per la Ditta, firma dell/la Sig. _____
_____	_____
	Data ____ / ____ /20

(depenare la parte sottostante se non interessa):

<b>ESITO DELLA VERIFICA DELL'ESECUZIONE DELLA PRESCRIZIONE A</b> <b>SEGUITO DI PROROGA:</b>		<input type="checkbox"/> lista di riscontro del ____ / ____ /20
eventualmente collegata a:		<input type="checkbox"/> verbale n° ____ del ____ / ____ /20
<b>ESEGUITO</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE ESEGUITO
<b>PROVVEDIMENTO ADOTTATO</b>	<input type="checkbox"/> SOSPENSIONE DELLE OPERAZIONI O LA CHIUSURA IN TOTO O IN PARTE PER UN APPROPRIATO PERIODO DI TEMPO (Ai sensi del Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2 lett. e)	
	<input type="checkbox"/> PROPOSTA DI SOSPENSIONE DEL RICONOSCIMENTO (Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2 lett. f)	
	<input type="checkbox"/> PROPOSTA DI REVOCA DEL RICONOSCIMENTO (Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2 lett. f)	
	<input type="checkbox"/> ALTRA MISURA RITENUTA OPPORTUNA (Reg. CE 882/2004, Art. 54, paragrafo 2 lett. h) SPECIFICARE: _____	
	<input type="checkbox"/> SANZIONE Ai sensi del _____	
<b>DATA</b>	<b>FIRMA DEI CONTROLLORI UFFICIALI:</b>	_____
		_____