

SERVIZIO VETERINARIO DELL'IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE

SCHEDE DELLE NON CONFORMITA' RISCONTRATE DURANTE**IL CONTROLLO UFFICIALE ESEGUITO IN DATA****Personale che ha eseguito il controllo ufficiale –**

DITTA

Sede dell'azienda

Notificato al rappresentante della ditta

Signor:

Qualifica:	Legale rappresentante
------------	-----------------------

Specie allevate destinate alla produzione primaria

NUMERO	REGISTRAZIONE ASL Oristano
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

CODICE AZIENDALE

NON CONFORMITA' COLLEGATA A N.C. PRECEDENTE N° _____ DEL _____
NON CONFORMITA' COLLEGATA ALLA SCHEDA CONTROLLO N° _____ DEL ____ / ____ /20

NON CONFORMITA' RISCONTRATA IN RIFERIMENTO A:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Condizioni strutturali e attrezzature e ambienti di allevamento | <input type="checkbox"/> Gestione e utilizzo medicinali veterinari |
| <input type="checkbox"/> Gestione e utilizzo alimenti medicamentosi | <input type="checkbox"/> Gestione sottoprodotti di origine animale |
| <input type="checkbox"/> Igiene dell'alimentazione degli animali | <input type="checkbox"/> Tracciabilità rintracciabilità |
| <input type="checkbox"/> Gestione misure di biosicurezza | <input type="checkbox"/> Benessere e protezione degli animali |
| <input type="checkbox"/> Gestione della produzione igienica del latte | |

DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA' :

PRESCRIZIONI IMPARTITE:

RISOLUZIONE DELLE NON CONFORMITA'

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

Avverso tale decisione, ai sensi dell'articolo 54, punto 3., lettera b), del Regolamento CE 882/04, alla ditta interessata è consentito presentare ricorso scritto entro 30 giorni al:

Dipartimento di Prevenzione della ASL n° 5 di Oristano – Via Carducci 35 cap 09170 Oristano con una delle seguenti modalità:

- a) Raccomandata A/R
- b) Fax 0783/317774
- c) PEC all'indirizzo e-mail dipartimento.prevenzione@pec.asloristano.it

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

, in qualità di titolare della ditta, presente alla ispezione, ha concordato i tempi stabiliti per la risoluzione delle non conformità contestate.

FIRMA DEI CONTROLLORI UFFICIALI

DATA**ESITO DELLA VERIFICA DELL'ESECUZIONE DELLA PRESCRIZIONE:****ESEGUITO**

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ PARZIALMENTE ESEGUITO

☐ SOSPENSIONE TEMPORANEA DELL'ATTIVITA'

PROVVEDIMENTO ADOTTATO

- ☐ PROPOSTA DI SOSPENSIONE DEL RICONOSCIMENTO
- ☐ PROPOSTA DI REVOCA DEL RICONOSCIMENTO

FIRMA DEI CONTROLLORI UFFICIALI

DATA _____