


SERVIZIO VETERINARIO DELL'IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE
SCHEDA 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
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"/> Personale | <input type="checkbox"/> attrezzatura automatica e meccanica |
| <input type="checkbox"/> Ispezioni (gestione animali) | <input type="checkbox"/> alimentazione, abbeveraggio e altre sostanze |
| <input type="checkbox"/> tenuta dei registri (registrazione dei dati) | <input type="checkbox"/> mutilazioni |
| <input type="checkbox"/> libertà di movimento | <input type="checkbox"/> procedure di allevamento |
| <input type="checkbox"/> edifici e locali di stabulazione | <input type="checkbox"/> altro |

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

☐ altro

FIRMA DEI CONTROLLORI UFFICIALI _____

DATA _____

RICHIESTA DI PROROGA ALLE PRESCRIZIONI FINO AL:	<div>_____ / _____ /20____</div> <div>SI APPROVA PROROGA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</div>
DATA _____	FIRMA DEI CONTROLLORI UFFICIALI: <div>_____</div> <div>_____</div>

ESITO DELLA VERIFICA DELL'ESECUZIONE DELLA PRESCRIZIONE A SEGUITO DI PROROGA: eventualmente collegata a:		<input type="checkbox"/> lista di riscontro del _____ / _____ /20____ <input type="checkbox"/> verbale n° _____ del _____ / _____ /20____
ESEGUITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE ESEGUITO	
PROVVEDIMENTO ADOTTATO		
Data _____ -	Firma Controllori Ufficiali	