

|                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                           |                |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------|
|  | <p style="text-align: center;">Direzione Sanitaria</p> <p style="text-align: center;"><b>CHECK LIST VALUTAZIONE<br/>ATTIVITÀ REPARTO/SERVIZIO</b></p> | Mod. 0291                                 | Pag. 1 di 1    |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | Parola chiave: <i>verifiche ispettive</i> |                |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | Rev. 00                                   | del 11/11/2024 |

REPARTO E/O SERVIZIO \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

| N | DATA DEL CONTROLLO | CHI HA EFFETTUATO IL CONTROLLO | DOCUMENTO DI RIFERIMENTO | CONFORME AL DOCUMENTO? | SE NO, PERCHÉ? AZIONE CORRETTIVA |
|---|--------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------------|
|   |                    |                                |                          | SI<br>NO               | _____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|   |                    |                                |                          | SI<br>NO               | _____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|   |                    |                                |                          | SI<br>NO               | _____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|   |                    |                                |                          | SI<br>NO               | _____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|   |                    |                                |                          | SI<br>NO               | _____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|   |                    |                                |                          | SI<br>NO               | _____<br>_____<br>_____<br>_____ |