

RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ

Documento
MOD 09-01

rev. **0**

Data: 01-03-2006

pag.

1

1

RNC N°

NON CONFORMITÀ RILEVATA

Sulle forniture

Sul servizio

Da reclamo

Da Verifiche Ispettive

Fornitore / Area / Utente

Documento di riferimento (Rif. e Data)

DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ (a cura del Responsabile di Area)

Data compilazione:

Firma **Responsabile di Area**

TRATTAMENTO DELLA NON CONFORMITÀ (a cura del Responsabile di Area)

Data di completamento (entro il):

Data compilazione:

Firma **Responsabile di Area**

AZIONE CORRETTIVA (a cura del Responsabile di Area)

Data di completamento (entro il):

Data compilazione:

Firma **Responsabile di Area**

RDQ per approvazione

VERIFICHE DI EFFICACIA (a cura di RDQ)

TRATTAMENTO NC

Positiva

Negativa

Data:

Firma **RDQ**

ATTUAZIONE AC

Positiva

Negativa

Data:

Firma **RDQ**

Note: