Centro Residenziale "Matteo Remaggi"

ALL. 5 - REGISTRO DELLE NON CONFORMITA'
(Ricevimento pasti)

DATA	*TIPO DI NON CONFORMITA'*	*AZIONI CORRETTIVE*	*FIRMA*
DATA DI RILEVAMENTO	*ES: temperatura pasti inadeguata,quantità insufficiente,qualità non conforme, ecc…*	*ES:, sostituzione alimenti, comunicazione al Resp.ecc…*	*Firma di chi ha avviato le azioni correttive*