

<input type="checkbox"/> <b>RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ</b> <input type="checkbox"/> <b>RECLAMO</b>						<b>MD-12</b>		<b>DATA</b> ____/____/____	
Processo	Reclamo cliente	Prodotto/ Servizio	Fornitore	Outsourcing	Audit	Gestione rifiuti	Altro		

<b>EMESSO DA:</b>	Nome e Processo:		FIRMA:	
	Nome del cliente (in caso di reclamo):			

<b>REGISTRAZIONE</b>	
Descrizione:	.....
Evidenze:	.....
Rif. Norma (9001-14001-45001-SA8000)	.....
Responsabile:	Processo:

<b>NON CONFORMITA'</b>	
Valutazione NC:	<input type="checkbox"/> NC Maggiore <input type="checkbox"/> NC Minore
Cause:	.....
Trattamento / Correzione della NC:	.....
Data del trattamento:	Resp. trattamento:
	Firma:
<b>Verifica Chiusura Trattamento:</b>	Data: ____/____/____
	Esito (+/-):
	Firma RQ:

<input type="checkbox"/> <b>AZIONE CORRETTIVA</b> <input type="checkbox"/> <b>AZIONE PREVENTIVA</b>		N° ____/____	DATA ____/____/____
Proposta da:	Firma:		
Motivo:	.....		
Azione individuata:	.....		
Data prevista attuazione: ____/____/____	Responsabile dell'attuazione:	Firma Responsabile attuazione <sup>1</sup> :	
Data attuazione ____/____/____	Responsabile dell'attuazione:	Firma Responsabile attuazione:	
<b>Verifica Efficacia:</b>	Data: ____/____/____	Esito (+/-):	Firma RQ <sup>2</sup> :

<sup>1</sup> Il responsabile dell'attuazione firma per presa visione dell'azione da effettuare e dei tempi previsti per il completamento.

<sup>2</sup> Il responsabile gestione qualità firma dopo aver verificato l'efficacia dell'azione effettuata.