

ALLEGATO B

MODULISTICA

INDICE

Modello n. 1 -	Programma annuale audit	3
Modello n. 2 -	Cronoprogramma annuale audit	7
Modello n. 3 -	Allegato alla comunicazione avvio di audit	8
Modello n. 4 -	Piano di audit	14
Modello n. 5 -	Comunicazione riesame della documentazione	16
Modello n. 6 -	Dichiarazione di riservatezza	18
Modello n. 7 -	Dichiarazione di indipendenza	19
Modello n. 8 -	Foglio firme presenze	20
Modello n. 9 -	Lista di riscontro per audit	22
Modello n. 10 -	Rapporto preliminare di audit	24
Modello n. 11 -	Bozza rapporto di audit	31
Modello n. 12 -	Rapporto ufficiale di audit	38
Modello n. 13 -	Estratto rapporto ufficiale di audit per pubblicazione sul web	46
Modello n. 14 -	Relazione annuale riesame attività di audit	48
Modello n. 15 -	Certificazione sostitutiva del possesso dei requisiti di cui alla DGRT 657/2009.....	53
Modello n. 16 -	Scheda di informazioni sintetiche sugli auditor, ispettori ed esperti tecnici da pubblicare sulle liste regionali	57
Modello n. 17 -	Curriculum per auditor ed ispettori	58

PROGRAMMA ANNUALE DI AUDIT

INDICE

1. OBIETTIVI GENERALI.....	4
2. EVENTUALI ALTRI ELEMENTI GENERALI DI RIFERIMENTO.....	4
3. OBIETTIVI SPECIFICI	4
4. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
5. CRITERI DI VALUTAZIONE	5
6. PROCESSI OGGETTO DI AUDIT.....	5
7. AUTORITÀ COMPETENTI TERRITORIALI OGGETTO DI AUDIT NELL'ANNO _____.....	5
8. IMPEGNO DELLE RISORSE PREVISTE.....	6

MODELLO N. 1 – PROGRAMMA ANNUALE DI AUDIT

1. OBIETTIVI GENERALI

Descrizione	
Indicatore numerico di raggiungimento dell'obiettivo	Modalità e tempi di monitoraggio

2. EVENTUALI ALTRI ELEMENTI GENERALI DI RIFERIMENTO

--

3. OBIETTIVI SPECIFICI

Descrizione	
Indicatore numerico di raggiungimento dell'obiettivo	Modalità e tempi di monitoraggio

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

--

MODELLO N. 1 – PROGRAMMA ANNUALE DI AUDIT

5. CRITERI DI VALUTAZIONE

--

6. PROCESSI OGGETTO DI AUDIT

PROCESSO AUDITATO	CRITERIO DI RIFERIMENTO PER LA SIGNIFICATIVITÀ (1)	SIGNIFICATIVITA' RISPETTO AL TOTALE DEI PROCESSI
TOTALE		

(1) Ad esempio: impiego personale appartenente alle ACR/ACT, numero di OSA, impatto economico, impatto sociale, ecc.)

7. AUTORITÀ COMPETENTI TERRITORIALI OGGETTO DI AUDIT NELL'ANNO _____

(Paragrafo utilizzato esclusivamente da parte della Autorità competente regionale)

AREA VASTA TOSCANA	AUTORITÀ COMPETENTI TERRITORIALI AUDITATE	NUMERO DI AUDIT	%
TOTALE			

MODELLO N. 1 – PROGRAMMA ANNUALE DI AUDIT

8. IMPEGNO DELLE RISORSE PREVISTE

■ Umane
■ Strumentali

Data: _____

Nominativo Responsabile del Programma annuale di audit	Firma

APPROVAZIONE

Data: _____

Nominativo Alta Direzione dell'Autorità competente	Firma

MODELLO N. 2 - CRONOPROGRAMMA ANNUALE AUDIT

- Audit Autorità competente regionale verso Autorità competente territoriale**
- Audit interno SGQ Autorità competente regionale**
- Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale**
- Audit interno SGQ Autorità competente territoriale**
- Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi**

Anno _____													Autorità competente /Personale Auditato/Impresa alimentare
Estensione dell' audit	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	

Data: _____

Firma Responsabile del programma annuale di audit _____

MODELLO N. 3 – ALLEGATO ALLA COMUNICAZIONE DI AVVIO AUDIT

ALLEGATO
ALLA COMUNICAZIONE DI AVVIO DELL' AUDIT REGIONALI

AUDIT
EFFETTUATO PRESSO

DALLA DATA _____ ALLA DATA _____

CON L' OBIETTIVO DI VALUTARE

NOTA PER L' AUTORITA' COMPETENTE AUDITATA

Il presente allegato è stato costituito con lo scopo di supportare l'Autorità competente auditata e l'Autorità competente regionale nella pianificazione e nella preparazione dell'audit e descrive l'estensione dell'audit.

MODELLO N. 3 – ALLEGATO ALLA COMUNICAZIONE DI AVVIO AUDIT

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	10
2. BASI LEGALI PER LO SVOLGIMENTO DELL' AUDIT	10
3. LEGISLAZIONE E NORMATIVA DI RIFERIMENTO	10
4. OBIETTIVI GENERALI DELL' AUDIT.....	10
5. OBIETTIVI SPECIFICI DELL' AUDIT	11
6. PREPARAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'AUDIT	11
6.1 Comunicazione del riesame della documentazione	11
6.2 Autorità competenti e organizzazioni visitate	11
7. CONDIZIONI DI INDIPENDENZA	11
8. CONDIZIONI DI TRASPARENZA.....	12
9. RECLAMI E RICORSI	12
10. TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEGLI AUDITOR	12
11. SCHEMA PROCESSO DI AUDIT.....	12
12. LISTA DI DISTRIBUZIONE DEL RAPPORTO DI AUDIT	13
13. DISTRIBUZIONE DEL RAPPORTO DI AUDIT.....	13

MODELLO N. 3 – ALLEGATO ALLA COMUNICAZIONE DI AVVIO AUDIT

1. INTRODUZIONE

2. BASI LEGALI PER LO SVOLGIMENTO DELL' AUDIT

3. LEGISLAZIONE E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

4. OBIETTIVI GENERALI DELL' AUDIT

MODELLO N. 3 – ALLEGATO ALLA COMUNICAZIONE DI AVVIO AUDIT

5. OBIETTIVI SPECIFICI DELL' AUDIT

--

6. PREPARAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'AUDIT

6.1 Comunicazione del riesame della documentazione

--

6.2 Autorità competenti e organizzazioni visitate

--

7. CONDIZIONI DI INDIPENDENZA

--

MODELLO N. 3 – ALLEGATO ALLA COMUNICAZIONE DI AVVIO AUDIT

8. CONDIZIONI DI TRASPARENZA

9. RECLAMI E RICORSI

10. TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEGLI AUDITOR

11. SCHEMA PROCESSO DI AUDIT

MODELLO N. 3 – ALLEGATO ALLA COMUNICAZIONE DI AVVIO AUDIT

12. LISTA DI DISTRIBUZIONE DEL RAPPORTO DI AUDIT

--

13. DISTRIBUZIONE DEL RAPPORTO DI AUDIT

--

MODELLO N. 4 – PIANO DI AUDIT

Audit Autorità competente regionale verso Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente regionale

Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente territoriale

Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

Il/La sottoscritto/a è responsabile del presente piano di Audit che si svolgerà presso la sede..... dell'Autorità competente/impresa alimentare.....sita in...../..... nella/e data/e del.....

Il/la può trasmettere eventuali osservazioni/obiezioni, con nota scritta al sottoscritto/a (.....) entro 7 giorni lavorativi dal ricevimento del presente piano.

Il Piano di Audit sarà confermato o eventualmente corretto durante la riunione di apertura.

Si ringrazia anticipatamente per la Vostra collaborazione in caso di richiesta di chiarimenti è possibile contattare:

Nome e Cognome.....

Tel. n.

e-mail.....

MODELLO N. 4 – PIANO DI AUDIT

Obiettivi dell'Audit	
Criteri per svolgimento dell'Audit	
Estensione dell'Audit	
Principali documenti di riferimento	
Data di inizio dell'Audit	
Data di fine dell'Audit	
Nominativo del Responsabile del gruppo di Audit	
Nominativo Auditor	
Nominativo Esperto/i tecnico/i	
Nominativo Auditor in addestramento	
Ambito/i dell'organizzazione auditata da verificare	
Nominativo Responsabile della organizzazione auditata	
Altro personale di cui è richiesta la presenza	

Articolazione dell'audit				
Attività	Auditor	Personale coinvolto	Data	Durata
Riunione di apertura				
Esecuzione dell'Audit				
Riunione del gruppo di audit				
Riunione di chiusura per presentazione del rapporto di audit				

Data compilazione: ____/____/____

Firma del Responsabile del Gruppo di Audit _____

MODELLO N. 5 – COMUNICAZIONE RIESAME DELLA DOCUMENTAZIONE

Audit Autorità competente regionale verso Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente regionale

Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente territoriale

Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

DATA RICEVIMENTO DOCUMENTAZIONE: _____

RESPONSABILE DEL GRUPPO DI AUDIT CHE HA ESAMINATO L'EVENTUALE QUESTIONARIO PRE-VISITA:

Nominativo	Qualifica	Articolazione organizzativa di appartenenza

ESITO DEL RIESAME DELLA DOCUMENTAZIONE

CONFORME

NON CONFORME

MODELLO N. 5 – COMUNICAZIONE RIESAME DELLA DOCUMENTAZIONE

MOTIVAZIONI NON CONFORMITÀ:

--

RICHIESTA DI INTEGRAZIONI

Numero progressivo	Riferimenti dei punti che sono stati rilevati non idonei (pagina, capitolo, paragrafo)	Carenze riscontrate

Data compilazione: ____ / ____ / ____

Firma Responsabile del Gruppo di Audit: _____

MODELLO N. 6 - DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA

Il/La sottoscritto/a, nato/a il
residente a in via n.
telefono e-mail
in servizio presso.....
con la qualifica.....

SI IMPEGNA

1) a garantire il valore e la proprietà delle informazioni di cui viene a conoscenza durante l'attività di auditor / responsabile di gruppo di audit svolta nell' ambito dei programmi di:

Audit della Autorità competente regionale verso Autorità competenti territoriali

Audit interno SGQ Autorità competente regionale

Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale _____

Audit interno SGQ Autorità competente territoriale _____

Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi _____

2) a garantire la riservatezza e la non divulgazione delle informazioni comunque ottenute o raccolte nell'ambito delle attività di audit, fatte salve le procedure di pubblicazione controllata previste dalle ACR e ACT che eseguono l'audit;

3) a garantire il rispetto delle proprietà materiali e intellettuali dell'ACR, dell'ACT, e di ogni organizzazione sottoposta ad audit e di tutte le altre parti interessate poste sotto il proprio controllo o utilizzate nel corso delle attività di audit.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

MODELLO N. 7 - DICHIARAZIONE DI INDIPENDENZA

Il/La sottoscritto/a, nato/a il
residente a in vian.
telefono e-mail
in servizio presso.....
con la qualifica.....
al fine di garantire la necessaria indipendenza da ogni forma di pressione che possa influenzare il
proprio giudizio nell'ambito delle attività svolte in qualità di
nell'ambito delle attività

**Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e
mangimi** _____

DICHIARA

di non essere proprietario o socio, di non possedere partecipazioni qualificate e di non intrattenere rapporti di collaborazione con attività industriali, artigianali, commerciali nei campi disciplinati dalle norme relative all'ambito della sicurezza alimentare e di non svolgere opera di consulenza o prestazione libero professionale nei medesimi campi.

SI IMPEGNA

a comunicare alla Direzione dell'Autorità Competente di appartenenza ogni cambiamento che dovesse intervenire nella situazione sopra dichiarata prima di effettuare qualsiasi attività di audit nell'ambito dell'attività di Controllo ufficiale definita dall'Autorità Competente in questione.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

MODELLO N. 8 - FOGLIO FIRME PRESENZE

Audit Autorità competente regionale verso Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente regionale

Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente territoriale

Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

RIUNIONE DI APERTURA

ESECUZIONE DELL' AUDIT

RIUNIONE DI CHIUSURA

Data: _____

Orario: _____

Sede dove si svolge l' audit: _____

Organizzazione auditata: _____

Persona/e auditata/e: _____

MODELLO N. 8 - FOGLIO FIRME PRESENZE

PERSONE PRESENTI:

Cognome e Nome	Autorità competente/Organizzazione di appartenenza	Qualifica	Ruolo	Firma

NOTE:

Data: _____

Firma del Responsabile del Gruppo di Audit: _____

MODELLO N. 9 - LISTA DI RISCONTRO PER AUDIT

Audit Autorità competente regionale verso Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente regionale

Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente territoriale

Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

Data/e svolgimento		Nominativo/i Auditor:
Tipo di audit:	Programmato <input type="checkbox"/> Straordinario <input type="checkbox"/>	

Estensione dell'audit	Processi da sottoporre a verifica	Principali documenti di riferimento

MODELLO N. 9 - LISTA DI RISCONTRO PER AUDIT

POSIZIONE	RIFERIMENTO	DOMANDA	EVIDENZE ATTESE	EVIDENZE OGGETTIVE	ESITO				NOTE
					C	NC	OSS	NA	

Data: _____

Firma Auditor: _____

- C:** Conforme
- NC:** Non conforme
- OSS:** Osservazione
- NA:** Non applicabile

MODELLO N. 10 - RAPPORTO PRELIMINARE DI AUDIT



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Direzione Generale diritto alla salute
e politiche di solidarietà
Settore Igiene Pubblica
Settore Medicina Predittiva-Preventiva

Audit Autorità competente regionale verso Autorità competenti territoriali: _____

RAPPORTO DI AUDIT PRELIMINARE n° _____

Date svolgimento audit:	Orario svolgimento audit:

Autorità competente coinvolta	Articolazioni organizzative coinvolte	Indirizzi

MODELLO N. 10 - RAPPORTO PRELIMINARE DI AUDIT

Sedi di svolgimento dell'audit

Sedi di svolgimento dell'audit			

Obiettivi dell'audit

Obiettivi dell'audit

Componenti del gruppo di audit

Componenti del gruppo di audit	
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica

Auditor in addestramento

Auditor in addestramento	
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica

Esperti tecnici

Esperti tecnici	
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica

MODELLO N. 10 - RAPPORTO PRELIMINARE DI AUDIT

Personale appartenente alle articolazioni organizzative delle Autorità competenti territoriali auditate presenti all' audit	

PREMESSA					
Verifica risoluzione Raccomandazioni rilevate nel precedente audit					
Riferimento raccomandazioni			Evidenze oggettive dell'attuazione delle azioni correttive	Data dell'attuazione dell'azione correttiva	Evidenze oggettive dell'efficacia dell'azione correttiva
Numero	Tipo	Requisito norma			
<p>Esclusioni o modifiche rispetto a quanto programmato nel Piano di audit presentato e distribuito in sede di riunione di apertura dell'audit del _____ ai rappresentanti delle articolazioni organizzative delle ACT auditate.</p>					

MODELLO N. 10 - RAPPORTO PRELIMINARE DI AUDIT

CONCLUSIONI DELL' AUDIT*

OBIETTIVO DA VERIFICARE	CONFERMA OBIETTIVO VERIFICATO		CRITERI DI RIFERIMENTO	EVIDENZA OGGETTIVA (lista/e di riscontro e posizione)	ESITO	
	SI	NO			NON CONFORME	CONFORME

* Le conclusioni sono tratte sulla base delle risultanze e vengono espresse alla luce degli obiettivi dell' audit

EVENTUALE RIEPILOGO NON CONFORMITÀ RILEVATE DA PARTE DELL' AUTORITÀ COMPETENTE TERRITORIALE NEL CORSO DI CONTROLLO UFFICIALE

(da compilare prima della riunione di chiusura dell' Audit)

MODELLO N. 10 - RAPPORTO PRELIMINARE DI AUDIT

RACCOMANDAZIONI

(da compilare immediatamente o comunque rispettando la tempistica contenuta nell' apposita procedura in caso di necessità di approfondimenti e consultazioni)

Per la risoluzione delle raccomandazioni l'organizzazione auditata è tenuta a comunicare (per scritto via fax o via e-mail con documento firmato) al Responsabile del Gruppo di Audit, entro ____ gg dalla data di trasmissione del rapporto ufficiale di audit, analisi delle cause, trattamento ed azione correttiva relativa a ciascuna raccomandazione di seguito riportata, specificando la data limite dell'attuazione, **comunque compresa nei ____ giorni successivi alla data di trasmissione del rapporto ufficiale di audit.**

L'organizzazione auditata attuerà le azioni programmate e, quando avrà la consapevolezza della loro efficacia, ne darà comunicazione (per scritto via fax o via e-mail con documento firmato e protocollato) al Responsabile del Gruppo di Audit.

Il Gruppo di Audit verificherà nel prossimo audit a carico delle Autorità territoriali competenti della Azienda USL _____ l'attuazione e, se possibile, l'efficacia delle azioni attuate attraverso una verifica di tipo documentale e/o sul campo.

Parte da compilare in caso di raccomandazioni da trasmettere all' Autorità competente territoriale auditata.

OBIETTIVO VERIFICATO	Lista/e di riscontro e posizione	DESCRIZIONE RACCOMANDAZIONI
		Testo: Destinatari della raccomandazione:
		Testo: Destinatari della raccomandazione:
		Testo: Destinatari della raccomandazione:

MODELLO N. 10 - RAPPORTO PRELIMINARE DI AUDIT

Parte da compilare in caso di osservazioni da trasmettere all' Autorità competente territoriale auditata

OBIETTIVO VERIFICATO	Lista/e di riscontro e posizione	DESCRIZIONE OSSERVAZIONI
		Testo: Destinatari della osservazione:
		Testo: Destinatari della osservazione:
		Testo: Destinatari della osservazione :

Le presenti conclusioni sono da mettere in relazione esclusivamente con quanto effettivamente esaminato nel corso dell'audit come dettagliatamente descritto e riportato nel presente rapporto di audit e le relative liste di riscontro allegate allo stesso.

Si allegano i seguenti documenti:

--

MODELLO N. 10 - RAPPORTO PRELIMINARE DI AUDIT

LISTA DI DISTRIBUZIONE RAPPORTO E ALLEGATI

Committente/i audit: (Nominativo):

Responsabile del gruppo audit (Nominativo) :

Responsabile Autorità competente territoriale auditata (Nominativo) :

Luogo e data: _____

Gruppo audit

Nominativo	Articolazione organizzativa della Autorità competente regionale	Firma (leggibile)

Autorità competente territoriale auditata

Nominativo	Autorità competente di appartenenza	Timbro e Firma (leggibile) per accettazione integrale dei contenuti del rapporto

MODELLO N. 11 - BOZZA RAPPORTO DI AUDIT



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Direzione Generale diritto alla salute
e politiche di solidarietà
Settore Igiene Pubblica
Settore Medicina Predittiva-Preventiva

Audit Autorità competente regionale verso Autorità competenti territoriali: _____

BOZZA RAPPORTO DI AUDIT n° _____

Date svolgimento audit:	Orario svolgimento audit:

Autorità competente coinvolta	Articolazioni organizzative coinvolte	Indirizzi

MODELLO N. 11 - BOZZA RAPPORTO DI AUDIT

Sedi di svolgimento dell'audit

Obiettivi dell'audit

--

Componenti del gruppo di audit

Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica

Auditor in addestramento

Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica

Esperti tecnici

Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica

MODELLO N. 11 - BOZZA RAPPORTO DI AUDIT

Personale appartenente alle articolazioni organizzative delle Autorità competenti territoriali auditate presenti all'audit

PREMESSA

Verifica risoluzione raccomandazioni rilevate nel precedente audit

Riferimento raccomandazioni			Evidenze oggettive dell'attuazione delle azioni correttive	Data dell'attuazione dell'azione correttiva	Evidenze oggettive dell'efficacia dell'azione correttiva
Numero	Tipo	Requisito norma			

Esclusioni o modifiche rispetto a quanto programmato nel Piano di audit presentato e distribuito in sede di riunione di apertura dell'audit del _____ ai rappresentanti delle articolazioni organizzative delle ACT auditate.

MODELLO N. 11 - BOZZA RAPPORTO DI AUDIT

CONCLUSIONI DELL' AUDIT*

OBIETTIVO DA VERIFICARE	CONFERMA OBIETTIVO VERIFICATO		CRITERI DI RIFERIMENTO	EVIDENZA OGGETTIVA (lista/e di riscontro e posizione)	ESITO	
	SI	NO			NON CONFORME	CONFORME

* Le conclusioni sono tratte sulla base delle risultanze e vengono espresse alla luce degli obiettivi dell' audit

EVENTUALE RIEPILOGO NON CONFORMITÀ RILEVATE DA PARTE DELL' AUTORITÀ COMPETENTE TERRITORIALE NEL CORSO DI CONTROLLO UFFICIALE

(da compilare prima della riunione di chiusura dell'Audit)

MODELLO N. 11 - BOZZA RAPPORTO DI AUDIT

RACCOMANDAZIONI

(da compilare immediatamente o comunque rispettando la tempistica contenuta nell' apposita procedura in caso di necessità di approfondimenti e consultazioni)

Per la risoluzione delle raccomandazioni l'organizzazione auditata è tenuta a comunicare (per scritto via fax o via e-mail con documento firmato) al Responsabile del Gruppo di Audit, entro ____ gg dalla data di trasmissione del rapporto ufficiale di audit, analisi delle cause, trattamento ed azione correttiva relativa a ciascuna raccomandazione di seguito riportata, specificando la data limite dell'attuazione, **comunque compresa nei ____ giorni successivi alla data di trasmissione del rapporto ufficiale di audit.**

L'organizzazione auditata attuerà le azioni programmate e, quando avrà la consapevolezza della loro efficacia, ne darà comunicazione (per scritto via fax o via e-mail con documento firmato e protocollato) al Responsabile del Gruppo di Audit.

Il Gruppo di Audit verificherà nel prossimo audit a carico delle Autorità territoriali competenti della Azienda USL _____ l'attuazione e, se possibile, l'efficacia delle azioni attuate attraverso una verifica di tipo documentale e/o sul campo.

Parte da compilare in caso di raccomandazioni da trasmettere all' Autorità competente territoriale auditata.

OBIETTIVO VERIFICATO	Lista/e di riscontro e posizione	DESCRIZIONE RACCOMANDAZIONI
		Testo: Destinatari della raccomandazione:
		Testo: Destinatari della raccomandazione:
		Testo: Destinatari della raccomandazione:

MODELLO N. 11 - BOZZA RAPPORTO DI AUDIT

Parte da compilare in caso di osservazioni da trasmettere all' Autorità competente territoriale auditata

OBIETTIVO VERIFICATO	Lista/e di riscontro e posizione	DESCRIZIONE OSSERVAZIONI
		Testo: Destinatari della osservazione:
		Testo: Destinatari della osservazione:
		Testo: Destinatari della osservazione :

Le presenti conclusioni sono da mettere in relazione esclusivamente con quanto effettivamente esaminato nel corso dell'audit come dettagliatamente descritto e riportato nel presente rapporto di audit e le relative liste di riscontro allegate allo stesso.

Si allegano i seguenti documenti:

--

MODELLO N. 11 - BOZZA RAPPORTO DI AUDIT

LISTA DI DISTRIBUZIONE RAPPORTO E ALLEGATI

Committente/i audit: (Nominativo):

Responsabile del gruppo audit (Nominativo) :

Responsabile Autorità competente territoriale auditata (Nominativo) :

Luogo e data: _____

Gruppo audit

Nominativo	Articolazione organizzativa della Autorità competente regionale	Firma (leggibile)

Autorità competente territoriale auditata

Nominativo	Autorità competente di appartenenza	Timbro e Firma (leggibile) per accettazione integrale dei contenuti del rapporto

MODELLO N. 12 - RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT

Audit Autorità competente regionale verso Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente regionale

Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente territoriale

Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT n° _____

Date svolgimento audit:	Orario svolgimento audit:

Autorità competente coinvolta	Articolazioni organizzative coinvolte	Indirizzi

MODELLO N. 12 - RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT

Sedi di svolgimento dell'audit

Obiettivi dell'audit

--

Componenti del gruppo di audit

Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica
Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica

Auditor in addestramento

Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica
----------------	-----------------

Esperti tecnici

Cognome e Nome	Ruolo/Qualifica
----------------	-----------------

MODELLO N. 12 - RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT

Personale appartenente all'organizzazione auditata presente all'audit

PREMESSA

Verifica risoluzione Non Conformità (NC) rilevate nel precedente audit

Riferimento NC			Evidenze oggettive dell'attuazione delle azioni correttive	Data dell'attuazione dell'azione correttiva	Evidenze oggettive dell'efficacia dell'azione correttiva
Numero	Tipo	Requisito norma			

Esclusioni o modifiche rispetto a quanto programmato nel Piano di audit presentato e distribuito in sede di riunione di apertura dell'audit del _____ ai rappresentanti delle articolazioni organizzative delle ACT auditate.

MODELLO N. 12 - RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT

CONCLUSIONI DELL' AUDIT*

OBIETTIVO DA VERIFICARE	CONFERMA OBIETTIVO VERIFICATO		CRITERI DI RIFERIMENTO	EVIDENZA OGGETTIVA (lista/e di riscontro e posizione)	ESITO	
	SI	NO			NON CONFORME	CONFORME

* Le conclusioni sono tratte sulla base delle risultanze e vengono espresse alla luce degli obiettivi dell' audit

EVENTUALE RIEPILOGO NON CONFORMITÀ RILEVATE DA PARTE DELL' AUTORITÀ COMPETENTE TERRITORIALE NEL CORSO DI CONTROLLO UFFICIALE

(da compilare prima della riunione di chiusura dell'Audit)

MODELLO N. 12 - RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT

Parte da compilare in caso di raccomandazioni negli audit svolti dall'Autorità competente regionale verso le Autorità competenti territoriali toscane.

RACCOMANDAZIONI

(da compilare immediatamente o comunque rispettando la tempistica contenuta nell' apposita procedura in caso di necessità di approfondimenti e consultazioni)

Per la risoluzione delle raccomandazioni l'organizzazione auditata è tenuta a comunicare (per scritto via fax o via e-mail con documento firmato) al Responsabile del Gruppo di Audit, entro ____ gg dalla data di trasmissione del rapporto ufficiale di audit, analisi delle cause, trattamento ed azione correttiva relativa a ciascuna raccomandazione di seguito riportata, specificando la data limite dell'attuazione, **comunque compresa nei ____ giorni successivi alla data di trasmissione del rapporto ufficiale di audit.**

L'organizzazione auditata attuerà le azioni programmate e, quando avrà la consapevolezza della loro efficacia, ne darà comunicazione (per scritto via fax o via e-mail con documento firmato e protocollato) al Responsabile del Gruppo di Audit.

Il Gruppo di Audit verificherà nel prossimo audit a carico delle Autorità territoriali competenti della Azienda USL _____ l'attuazione e, se possibile, l'efficacia delle azioni attuate attraverso una verifica di tipo documentale e/o sul campo.

OBIETTIVO VERIFICATO	Lista/e di riscontro e posizione	DESCRIZIONE RACCOMANDAZIONI
		Testo: Destinatari della raccomandazione:
		Testo: Destinatari della raccomandazione:
		Testo: Destinatari della raccomandazione:

MODELLO N. 12 - RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT

Parte da compilare in caso di osservazioni negli audit svolti dall' Autorità competente regionale verso le Autorità competenti territoriali toscane.

OBIETTIVO VERIFICATO	Lista/e di riscontro e posizione	DESCRIZIONE OSSERVAZIONI
		Testo: Destinatari della osservazione:
		Testo: Destinatari della osservazione:
		Testo: Destinatari della osservazione :

Le presenti conclusioni sono da mettere in relazione esclusivamente con quanto effettivamente esaminato nel corso dell'audit come dettagliatamente descritto e riportato nel presente rapporto di audit e le relative liste di riscontro allegate allo stesso.

MODELLO N. 12 - RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT

Da adottare negli audit svolti nei seguenti casi:

Audit interno SGQ Autorità competente regionale

Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente territoriale

Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

CONCLUSIONI DELL' AUDIT*

Le non conformità rilevate dovranno essere risolte entro il:			
Il Sig./Dr		Ruolo	
Comunicherà al responsabile del gruppo di audit la rimozione delle NC e le azioni correttive adottate entro il:			

Le presenti conclusioni sono da mettere in relazione esclusivamente con quanto effettivamente esaminato nel corso dell'audit come dettagliatamente descritto e riportato nel presente rapporto di audit e le relative liste di riscontro allegate allo stesso.

* Le conclusioni sono tratte sulla base delle risultanze e vengono espresse alla luce degli obiettivi dell' audit

MODELLO N. 12 - RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT

Si allegano i seguenti documenti:

--

LISTA DI DISTRIBUZIONE RAPPORTO E ALLEGATI

Committente/i audit: (Nominativo):

Responsabile del gruppo audit (Nominativo) :

Responsabile organizzazione auditata (Nominativo) :

Luogo e data: _____

Gruppo audit

Nominativo	Articolazione organizzativa della Autorità che ha eseguito l'audit	Firma (leggibile)

Organizzazione auditata

Nominativo	Organizzazione di appartenenza	Timbro e Firma (leggibile) per accettazione integrale dei contenuti del rapporto

MODELLO N. 13 – ESTRATTO RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT PER PUBBLICAZIONE SUL WEB

SCHEDA AUDIT N°:

Azienda USL auditata:

Articolazioni organizzative che si occupano di sicurezza alimentare auditate:

Data esecuzione audit:

Base legale:

Tipologia Audit: *Programmato* *Straordinario*

Gruppo di audit regionale:

Personale Settore Igiene Pubblica:

Personale Settore Medicina Predittiva e Preventiva:

MODELLO N. 13 – ESTRATTO RAPPORTO UFFICIALE DI AUDIT PER PUBBLICAZIONE SUL WEB

Obiettivo dell'audit:

Tipologia di imprese alimentari visitate:

Sintesi del Piano di Audit:

Verifica Follow up audit precedente:

Conclusioni

Osservazioni formulate dalla Azienda USL auditata

MODELLO N. 14 - RELAZIONE ANNUALE RIESAME ATTIVITÀ DI AUDIT

Audit Autorità competente regionale verso Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente regionale

Audit interno di supervisione Autorità competente territoriale

Audit interno SGQ Autorità competente territoriale

Audit esterno Autorità competente regionale/ territoriale verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

INDICE

1. RIEPILOGO AUDIT SVOLTI NELL' ANNO _____	49
2. RISULTATI INDICATORI DI PERFORMANCE	49
3. CONTROLLO E RIESAME DEI RAPPORTI DI AUDIT E DEGLI ALTRI DOCUMENTI E REGISTRAZIONI ATTINENTI GLI AUDIT SVOLTI NELL' ANNO _____	49
4. CONTROLLO E RIESAME DEI RAPPORTI DI AUDIT E DEGLI ALTRI DOCUMENTI E REGISTRAZIONI ATTINENTI GLI AUDIT ESTERNI RICEVUTI NEL' ANNO _____	50
5. OSSERVAZIONI RACCOLTE DALLE AUTORITÀ COMPETENTI E/O PERSONALE AUDITATO E RIPORTATE NEI RAPPORTI DI AUDIT	50
6. SUGGERIMENTI, OSSERVAZIONI E PROPOSTE DELLE ALTRI PARTI INTERESSATE (DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, RESPONSABILI UU.FF, ALTRI DIRETTORI UU.OO, ECC.)	50
7. STATO AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE INDIVIDUATE	51
8. STATO PIANI DI MIGLIORAMENTO.....	51
9. ANALISI E VALUTAZIONE DI PRASSI ALTERNATIVE O NUOVE RELATIVE ALL' ATTIVITÀ DI AUDIT	51
10. AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE INDIVIDUATE IN SEDE DI RIESAME	52
11. ELENCO MODIFICHE ATTUATE AL PROGRAMMA DI SUPERVISIONE ANNUALE	52
12. NOTE.....	52

MODELLO N. 14 - RELAZIONE ANNUALE RIESAME ATTIVITÀ DI AUDIT

1. RIEPILOGO AUDIT SVOLTI NELL' ANNO _____

Elenco Audit programmati		Elenco Audit effettuati	
Data	Obiettivo	Data	Obiettivo

2. RISULTATI INDICATORI DI PERFORMANCE

Obiettivo	Indicatore	% raggiungimento obiettivo

3. CONTROLLO E RIESAME DEI RAPPORTI DI AUDIT E DEGLI ALTRI DOCUMENTI E REGISTRAZIONI ATTINENTI GLI AUDIT SVOLTI NELL' ANNO _____

Audit n.1	
Audit n.2	
Documento	

Nota: per ciascun audit svolto è necessario elencare in modo analitico, quando presenti, tutte le non conformità/osservazioni indicando il punto della norma/normativa

MODELLO N. 14 - RELAZIONE ANNUALE RIESAME ATTIVITÀ DI AUDIT

4. CONTROLLO E RIESAME DEI RAPPORTI DI AUDIT E DEGLI ALTRI DOCUMENTI E REGISTRAZIONI ATTINENTI GLI AUDIT ESTERNI RICEVUTI NEL' ANNO _____

Riferimento	
Audit n.1	
Audit n.2	
Documento	

Nota: per ciascun audit svolto è necessario elencare in modo analitico, quando presenti, tutte le non conformità/osservazioni indicando il punto della norma/normativa

5. OSSERVAZIONI RACCOLTE DALLE AUTORITÀ COMPETENTI E/O PERSONALE AUDITATO E RIPORTATE NEI RAPPORTI DI AUDIT

--

6. SUGGERIMENTI, OSSERVAZIONI E PROPOSTE DELLE ALTRI PARTI INTERESSATE (DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, RESPONSABILI UU.FF, ALTRI DIRETTORI UU.OO, ECC.)

--

7. STATO AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE INDIVIDUATE

--

8. STATO PIANI DI MIGLIORAMENTO

--

9. ANALISI E VALUTAZIONE DI PRASSI ALTERNATIVE O NUOVE RELATIVE ALL' ATTIVITÀ DI AUDIT

--

MODELLO N. 14 - RELAZIONE ANNUALE RIESAME ATTIVITÀ DI AUDIT

10. AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE INDIVIDUATE IN SEDE DI RIESAME

--

11. ELENCO MODIFICHE ATTUATE AL PROGRAMMA DI SUPERVISIONE ANNUALE

--

12. NOTE

--

Data: _____

Responsabile del Riesame _____

**MODELLO N. 15 – CERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA DEL POSSESSO DEI REQUISITI
DI CUI ALLA DGRT 657/2009**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

Il sottoscritto _____
(*Cognome e Nome*)

consapevole:

- della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445;
- che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza degli atti già emanati,

DICHIARA

1. DATI ANAGRAFICI:

Cognome	.....	
Nome	.....	
Luogo e data di nascita	.....	
Codice fiscale	.....	
Indirizzo (presso il quale è possibile essere contattati, ricevere corrispondenza e/o comunicazioni):			
.....			c.a.p.
Città	.....		Prov.
Tel.	.....	Fax	.....
e-mail	.....	

2. TITOLO DI STUDIO (barrare solo quella di grado superiore e specificarne il tipo):

<input type="checkbox"/> Diploma di Istruzione Secondaria Superiore:	.....
<input type="checkbox"/> Laurea di I livello:	.....
<input type="checkbox"/> Laurea di II livello:	.....

**MODELLO N. 15 – CERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA
DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALLA DGRT 657/2009**

3. ESPERIENZA LAVORATIVA

• **Posizione attuale**

Qualifica attuale:	
Ente:	Dal:
Unità Funzionale/Settore	
Breve descrizione dell'attività svolta:	

• **Precedenti esperienze lavorative specifiche nel settore oggetto della presente dichiarazione**

Periodo	Azienda/Ente	Settore	Posizione

**MODELLO N. 15 – CERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA
DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALLA DGRT 657/2009**

4. FORMAZIONE SPECIFICA

EVENTO	NOME E TIPO D'ORGANIZZAZIONE EROGATRICE DELL'ISTRUZIONE E FORMAZIONE	PRINCIPALI TEMATICHE	TITOLO QUALIFICA RILASCIATA	N. ORE FORMAZIONE	LUOGO	DATA	N° ECM

5. AUDIT

Data Audit (gg/mm/aaaa)	Durata Audit (gg)	Azienda verificata (nome, indirizzo completo, nome del referente aziendale per l'Audit)	Ruolo nel gruppo di Audit (RGA o AUD)	N° e Nome Componenti del gruppo (compreso RGA)	Norma di riferimento	Tipo di Audit (interno o esterno)	Punti della Norma verificati

**MODELLO N. 15 – CERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA
DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALLA DGRT 657/2009**

In relazione al D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (G.U. 29/07/2003 n. 174 - Serie Generale), esprimo liberamente il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità istituzionali, connesse o strumentali.

Esprimo, altresì, il consenso al trattamento dei miei dati personali con modalità elettroniche e/o automatizzate idonee a collegare i dati stessi anche a quelli di altri soggetti, in base a criteri qualitativi, quantitativi e temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta.

Esprimo, infine, il consenso al trattamento dei miei dati personali anche nell'ipotesi che gli stessi dovessero rientrare nelle previsioni di cui al Titolo VII del citato D. Lgs. 196/2003.

Data, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE(*)

(*) ATTENZIONE: AI SENSI DELL'ART. 38, DEL D.P.R. 28/12/2000, N° 445, LE ISTANZE E LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO NOTORIO SONO VALIDE SE SOTTOSCRITTE DALL'INTERESSATO IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO OPPURE SE PRESENTATE UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.

MODELLO N. 16 – SCHEDA DI INFORMAZIONI SINTETICHE SUGLI AUDITOR, ISPETTORI ED ESPERTI TECNICI DA PUBBLICARE SULLE LISTE REGIONALI

N°	COGNOME	NOME	DATA ISCRIZIONE	ORGANIZZAZIONE / SETTORE	INDIRIZZO	TEL.	FAX	E-MAIL

Data:

Revisione n.:.....

Validata da:.....

MODELLO N. 17 – CURRICULUM PER AUDITOR ED ISPETTORI

CAPITOLO	CAMPO
Informazioni personali	<i>Nome e Cognome</i>
	<i>indirizzo sede di lavoro</i>
	<i>telefono</i>
	<i>fax</i>
	<i>e-mail</i>
Esperienza professionale	<i>Data</i>
	<i>Lavoro o posizione ricoperti</i>
	<i>Principali attività e responsabilità</i>
Istruzione e formazione	<i>Titolo della qualifica rilasciata</i>
	<i>Principali tematiche/competenza professionale posseduta</i>
	<i>Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione</i>
	<i>Livello nella classificazione nazionale o internazionale</i>
	<i>Possesso di titoli di specializzazione</i>
	<i>Principali tematiche/competenza professionale posseduta</i>
	<i>Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione</i>
	<i>Livello nella classificazione nazionale o internazionale</i>
	<i>Conoscenza lingue straniere</i>
Ulteriori informazioni	