



S.A.I.D. soc.coop.sociale orti	Modulo Reclami
--	------------------------------

DA	A:	n.º
----	----	-----

☐ NC di fornitura	☐ NC di servizio	☐ NC di sistema
--	---	--

Descrizione NC		
[] Non conformità critica	[] Non conformità non critica	
Richiesta Azione Correttiva/Preventiva		SÌ [] NO []

Trattamento NC	
Data	Firma RSA

Chiusura NC	
La NCF è stata chiusa da _____ in data _____	
Firma Resp. Chiusura	Firma RSA

Verifica chiusura NC	
La NC è stata chiusa efficacemente SÌ [] NO []	
Data	Firma RSA