

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana	UOC Miglioramento Qualità e Risk Management	Mod.PG.000.17 - All.6
	MODULO Rapporto di audit	Rev. n° 1 Del 19.12.2018 Pag. 1 di 3

STRUTTURA AZIENDALE _____ Data e sede _____ Ora inizio _____ Ora fine audit _____		Rapporto di audit n°
Tipo di audit: <input type="checkbox"/> programmato <input type="checkbox"/> non programmato Attività congiunta <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Dipartimento _____ <input type="checkbox"/> U.O. _____ <input type="checkbox"/> Staff _____ <input type="checkbox"/> UO Amministrative _____ <input type="checkbox"/> Altro _____		
GRUPPO DI AUDIT		
Responsabile audit : Nome Cognome _____		ruolo/qualifica _____
1) Auditor : Nome Cognome: _____		ruolo/qualifica _____
2) Auditor : Nome Cognome: _____		ruolo/qualifica _____
Osservatori (nominativi/ruoli/responsabilità) _____ _____ _____		
OBIETTIVI		
<input type="checkbox"/> conformità alle norme ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> conformità alle norme vigenti (IA, anticorruzione, ect) <input type="checkbox"/> conformità agli standard di autovalutazione <input type="checkbox"/> conformità PIMO <input type="checkbox"/> conformità al Codice etico comportamentale <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
RIFERIMENTI PER RACCOLTA EVIDENZE		
(politiche, procedure/istruzioni operative/norme/leggi/regolamenti requisiti del SGQ, standard JCI, principi del codice etico etc.) _____ _____ _____		
PROCESSI / ATTIVITÀ SOTTOPOSTI AD AUDIT		
_____ _____ _____ _____		

	UOC Miglioramento Qualità e Risk Management	Mod.PG.000.17 - All.6
	MODULO Rapporto di audit	Rev. n° 1 Del 19.12.2018 Pag. 2 di 3

Persone presenti all'Audit (nominativi/ruoli/responsabilità)

RILEVAZIONI GENERALI

Evidenze dell'audit

Risultanze dell'audit* NC O C/R

*Risultanze: risultati della valutazione di conformità delle evidenze raccolte rispetto ai criteri dell'audit
 NC: Non conformità; O: Osservazione; R/C: Commento o Raccomandazione.

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana	UOC Miglioramento Qualità e Risk Management	Mod.PG.000.17 - All.6
	MODULO Rapporto di audit	Rev. n° 1 Del 19.12.2018 Pag. 3 di 3

Eventuali osservazioni del responsabile dell'area soggetta ad audit:	
Data: _____	Firma del Responsabile della Struttura: _____
Allegati:	
Il Responsabile audit	
Data _____	Firma _____