

 Casa di Cura Città di Bra <i>Clinica Privata Accreditata</i>	Direzione Sanitaria CHECK LIST VALUTAZIONE ATTIVITÀ REPARTO/SERVIZIO	Mod. 0291	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: verifiche ispettive	
		Rev. 01	del 14/02/2017

REPARTO E/O SERVIZIO _____ ANNO _____

N	DATA DEL CONTROLLO	CHI HA EFFETTUATO IL CONTROLLO	DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	CONFORME AL DOCUMENTO?	SE NO, PERCHE? AZIONE CORRETTIVA
				SI NO	_____ _____ _____ _____
				SI NO	_____ _____ _____ _____
				SI NO	_____ _____ _____ _____
				SI NO	_____ _____ _____ _____
				SI NO	_____ _____ _____ _____
				SI NO	_____ _____ _____ _____