

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| REGIONE CAMPANIA ASL | AMMINISTRAZIONE COMPETENTE: DIP. DI PREVENZIONE | MOD 5 Rev. 4 del 1/12/10 | VERBALE DI ISPEZIONE |
| | SERVIZIO _____ | | |
| | U.O. _____ | | |
| | VIA _____ | | |

L'anno _____ addì _____ del mese di _____ alle ore _____ i sottoscritti _____
_____ si sono presentati, qualificandosi, presso:

Dati dell'impresa/azienda: tipologia di attività _____
registr./codice N _____ ric. CE n° _____
PI/CF _____ sita nel Comune di _____
_____ alla via _____ n _____

Dati dell'op.tore: soc/sig _____ sede legale in _____
_____ alla via _____
n. _____ legale rappr. sig. _____ nato a _____
_____ il ____ / ____ / ____ e residente in _____
_____ alla via _____ n° _____

Presente all'ispezione: sig. _____
nato a _____ il ____ / ____ / ____ e residente
in _____ alla via _____
_____ n° _____ doc. ident. _____
_____. Il presente all'ispezione è stato avvisato della facoltà di farsi assistere da un legale di fiducia.

Motivo dell'ispezione: ☐ sorveglianza ☐ macellazione privata ☐ pianificata in base alla categoria di rischio ☐ reclamo
☐ sospetto di presenza n.c. ☐ verifica risoluzione n.c. precedenti ☐ sistema allarme rapido _____
☐ piano di monitoraggio _____ ☐ rilascio certificazioni ☐ su richiesta forze dell'ordine
☐ delega indagini ☐ controllo importazione/scambio ☐ controllo SCIA ☐ a seguito di campione/tampone non conforme
☐ altro _____ ☐ tossinfezione (*soggetti coinvolti* _____ *di cui ricoverati* _____ *data insorgenza*
sintomi _____ *data pasto sospetto* _____ *alimenti sospetti* _____ *effettuato campione*
☐ NO ☐ SI n. _____)

OGGETTO DEL CONTROLLO:

| |
|---|
| Settori: Sicurezza alimenti per uso umano, Etichettatura alimenti uso umano |
| <input type="checkbox"/> igiene degli alimenti <input type="checkbox"/> tracciabilita' e rintracciabilita' alimenti <input type="checkbox"/> requisiti igienici dei locali e/o attrezzature <input type="checkbox"/> etichettatura alimenti <input type="checkbox"/> materiali a contatto alimenti <input type="checkbox"/> igiene del personale <input type="checkbox"/> autocontrollo (B.P.I.) <input type="checkbox"/> autocontrollo (B.P.A.) <input type="checkbox"/> autocontrollo (HACCP) <input type="checkbox"/> trasporto alimenti <input type="checkbox"/> documentazione <input type="checkbox"/> altro _____ |
| Settore alimenti zootecnici |
| <input type="checkbox"/> igiene alimenti zootecnici <input type="checkbox"/> igiene alimenti per animali da compagnia <input type="checkbox"/> tracciabilita' e rintracciabilita' mangimi <input type="checkbox"/> trasporto mangimi <input type="checkbox"/> requisiti igienici dei locali e/o attrezzature <input type="checkbox"/> etichettatura mangimi <input type="checkbox"/> autocontrollo (HACCP) <input type="checkbox"/> autocontrollo (B.P.I.) <input type="checkbox"/> autocontrollo (B.P.A.) <input type="checkbox"/> igiene del personale <input type="checkbox"/> documentazione <input type="checkbox"/> altro _____ |
| Settore benessere animale (<u>non</u> durante il trasporto) |
| <input type="checkbox"/> ben. animali da compagnia <input type="checkbox"/> ben. animali da reddito <input type="checkbox"/> ben. durante la macellazione <input type="checkbox"/> altro _____ |
| Settore benessere animale durante il trasporto |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> presso il luogo di partenza <input type="checkbox"/> presso il luogo di destinazione <input type="checkbox"/> in itinere <input type="checkbox"/> altro _____ |
| N. capi _____ della specie: <input type="checkbox"/> pesci acqua dolce <input type="checkbox"/> pesci ornamentali <input type="checkbox"/> oche <input type="checkbox"/> bovini <input type="checkbox"/> bufali <input type="checkbox"/> conigli |
| <input type="checkbox"/> equidi <input type="checkbox"/> ovaiole <input type="checkbox"/> boiler <input type="checkbox"/> ovicapirini <input type="checkbox"/> suini <input type="checkbox"/> vitelli <input type="checkbox"/> struzzi <input type="checkbox"/> cani <input type="checkbox"/> altro _____; Luogo di partenza _____ |
| Destinazione _____ Nazione _____ data partenza _____ ora _____ |
| Certificato sanitario n. _____ del _____ luogo di rilascio _____ |
| Settore Sanità animale |
| <input type="checkbox"/> controllo malattie infettive _____ <input type="checkbox"/> anagrafe <input type="checkbox"/> riproduzione animale <input type="checkbox"/> altro _____ |
| Settore S.O.A. negli impianti di trasformazione |
| <input type="checkbox"/> requisiti strutture, attrezzature e condizioni di pulizia <input type="checkbox"/> materiali in ingresso <input type="checkbox"/> prodotti finiti o depositati <input type="checkbox"/> parametri di processo |
| <input type="checkbox"/> autocontrollo (HACCP) <input type="checkbox"/> gestione sottoprodotti residui dopo la lavorazione <input type="checkbox"/> veicoli e contenitori per il trasporto |
| <input type="checkbox"/> verifica dei registri <input type="checkbox"/> altro _____ |
| Settore Rifiuti e S.O.A. nelle altre imprese |
| <input type="checkbox"/> gestione rifiuti <input type="checkbox"/> gestione olii esausti <input type="checkbox"/> gestione S.O.A. <input type="checkbox"/> gestione M.S.R. <input type="checkbox"/> trasporto S.O.A. <input type="checkbox"/> altro _____ |
| Altro |
| <input type="checkbox"/> farmacosorveglianza <input type="checkbox"/> farmacovigilanza <input type="checkbox"/> sanità dei vegetali <input type="checkbox"/> altro _____ |

Strumenti e/o tecniche utilizzate per l'ispezione:

Nel caso l'ispezione sia stata effettuata per la verifica della risoluzione di non conformità rilevate in un precedente controllo ufficiale, le azioni correttive messe in atto risultano essere adeguate ed efficaci? ☐ SI ☐ NO (*applicare sanzione*)

Descrivere brevemente le modalità di risoluzione:

Suggestive improvements to the clinical application:

Non conformità formali rilevate:

[illegible]

Punteggio*: _____

Valutazione del rischio caratterizzato dalla presenza delle non conformità formali _____

Non conformità significative rilevate: _____

Punteggio*: _____

Valutazione del rischio caratterizzato dalla presenza delle non conformità significative _____

Non conformità gravi rilevate: _____

Punteggio*: _____

Follow up delle non conformità (oggetto del procedimento promosso) _____

Il presente all'ispezione spontaneamente dichiara che _____

Ai sensi dell'art. 54 del Reg CE 882/04, contro i provvedimenti amministrativi sopradescritti o scaturenti dal presente procedimento, l'operatore può ricorrere al Tribunale Amministrativo Regionale entro il termine di 30 giorni dalla data odierna. Si avvisa che alla scadenza del termine concesso per la risoluzione delle non conformità, si procederà a nuova ispezione con spese a carico dell'impresa. La mancata risoluzione comporterà la contestazione di illecito amministrativo ex art. 6, punto 7, D.L.vo 193/07. L'Unità organizzativa responsabile del procedimento è quella riportata sul frontespizio, presso la cui sede la parte può prendere visione degli atti e presentare memorie scritte e documenti. Il responsabile del procedimento è _____. Ai sensi dell'art. 13 D.L.vo 196/03 si informa che i dati personali potranno essere inviati ad uffici interni o P.A. esterne con finalità che riguardano la definizione della presente procedura e degli atti conseguenti. Consci delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci, i verbalizzanti dichiarano che per nessuno di loro esistono conflitti d'interesse ex art. 4 Reg 882/04 nello svolgimento delle attività di controllo. Ai sensi degli artt. 21 bis e quater L. 241/90, il presente provvedimento ha efficacia immediata in quanto cautelare ed urgente.

Note: _____

Data chiusura ispezione ____/____/____ Punteggio totale delle non conformità rilevate durante l'ispezione _____

Il presente verbale viene redatto in n. _____ copie originali. Fatto, letto, confermato, sottoscritto e consegnato.

(*) n. 1 punto per ogni non conformità formale, n. 7 punti per ogni non conformità significativa, n. 25 punti per ogni non conformità grave. Nelle ispezioni effettuate nella sorveglianza, i punteggi delle n.c. sono già contabilizzati nelle check list.

IL PRESENTE ALL'ISPEZIONE

IL LEGALE DI FIDUCIA

GLI OPERATORI DEL CONTROLLO UFFICIALE