

<b>6.1</b>	<b>modulistica</b>	<b>Controllo Routinario</b>
------------	--------------------	-----------------------------

**SCHEMA DI CONTROLLO Data ...../...../..... NUMERO .....**

Servizio Veterinario ASL	
Veterinario Ufficiale	Dr.
Impresa alimentare: Ragione sociale / Numero di riconoscimento	
Tipologia produttiva	
Notificato al Rappresentante della impresa alimentare	Dr.
	Qualifica:

<b>SPS reparto:</b> _____		
<b>REQUISITI ISPEZIONATI</b>	<b>Evidenze raccolte descrivere</b>	<b>Conforme SI/NO</b>
Disinfestazione e derattizzazione - 416.2(a)		
Costruzione - 416.2(b)		
Illuminazione - 416.2(c)		
Areazione - 416.2(d)		
Sistema idrico e sistema di evacuazione delle acque reflue - 416.2(e)(f)		
Approvvigionamento idrico - 416.2(g)		
Spogliatoi e servizi igienici - 416.2(h)		
Attrezzature e utensili - 416.3(a)(b)(c)		
Regole generali per le attività di pulizia e disinfezione -416.4(a)(b)(c)		
Igiene del personale - 416.5(a)(b)(c)		
<b>Documentazione/Registrazioni esaminate</b>		

<b>SSOP reparto:</b> _____		
<b>REQUISITI ISPEZIONATI</b>	<b>Evidenze raccolte descrivere</b>	<b>Conforme SI/NO</b>
Sviluppo delle SSOP - 416.12		
Implementazione e monitoraggio delle SSOP - 416.13		
Mantenimento SSOP - 416.14		
Azioni correttive - 416.15		

<b>Documentazione/Registrazioni esaminate</b> - 416.16		
<b>HACCP reparto:</b> _____		
<b>REQUISITI ISPEZIONATI</b>	Evidenze raccolte descrivere	Conforme SI/NO
Analisi dei pericoli e sviluppo del piano - 417.2		
Documentazione di supporto		
Monitoraggio - 417.2(c)(4)		
Verifica - 417.2(c)(7), 417.4(a)(2)(i)(ii)(iii)		
Azioni correttive - 417.3(a), - 417.3(b)		
Riesame 417.3(b)(4), - 417.4(a)(3), - 417.4(b)		
Pre shipment review		
<b>Documentazione/Registrazioni esaminate</b> - 417.2(c)(6), 417.5(a)(1), 417.5(a)(2), 417.5(a)(3), 417.5(b), 417.5(c), 417.5(d), 17.5(e)(1)(2)		

<b>PIANO DI CAMPIONAMENTO</b>		
<b>REQUISITI ISPEZIONATI</b>	Evidenze raccolte descrivere	Conforme SI/NO
<b>Documentazione/Registrazioni esaminate</b> - 416.16		

<b>NON CONFORMITA' RILEVATE</b>			
SPS <input type="checkbox"/>	SSOP <input type="checkbox"/>	HACCP <input type="checkbox"/>	CAMPIONAMENTI <input type="checkbox"/>
DESCRIZIONE: VD SCHEDA DELLE NON CONFORMITA' N° _____ DEL ____/____/____			
PROPOSTA DI CANCELLAZIONE DALLA LISTA USA <input type="checkbox"/>			
MOTIVAZIONE:			

il Veterinario Ufficiale  
(firma e timbro dell'ASL)

Il Responsabile dell'impresa alimentare  
(per presa visione)