ACCAM	**Segnalazione**	Mod. 11-01 Rev. 03 – aprile 2018

SEZIONE 1 - *DA COMPILARE A CURA DI CHI RILEVA LA SEGNALAZIONE*

Data e Ora	*Luogo /Macchina / Attrezzatura*

Descrizione dell'accaduto:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Cognome Nome:	*Firma:*
Presa visione/consegna *In data*	*Firma:*

SEZIONE 2 - *DA COMPILARE A CURA DELLO STAFF DI SICUREZZA E PREVENZIONE/UFFICIO TECNICO*

L'evento occorso comporta l'apertura di una NON CONFORMITÀ: SI ☐ NO ☐ **NC n°** _____

Trattamento della segnalazione:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data	*Funzione*	*Firma*

Il datore di Lavoro _____ *Firma* _____ *data*

Presa visione chiusura segnalazione _____ *Firma di chi ha rilevato la segnalazione* _____ *data*