

Origine:

Reclamo

Produzione

Controllo Finale

Verifiche Ispettive

Acc. Mat.

Altro

APERTURA NON CONFORMITÀ

Documento di Riferimento _____

DESCRIZIONE DELLA N. C.:

Gravità:

Lieve

Grave

Data _____

Firma _____

TRATTAMENTO

Servizio da rifare (in data _____)

Materiale da ritornare al Fornitore

Altro _____

Operatore/i incaricato/i: _____

Ore necessarie: (solo per NC di "servizio")

Responsabile..... _____

Data ____/____/____

Correzione effettuata in data: ____/____/____

Verifica: Positiva Negativa

Firma _____

Data ____/____/____

AZIONI CORRETTIVE

SI (sempre in caso di N.C. gravi)

NO

Resp. _____ **RAQ** _____ **Data** _____