

	<b>Modulo NON CONFORMITÀ</b>	Allegato 3
---	------------------------------	------------

### ALLEGATO 3

Da compilare, solo in caso di riscontro di non conformità, da parte dell'operatore del SIT addetto all'accettazione dei prelievi ematici e/o dal medico di settore

DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ (NC) RISCONTRATA:
<input type="checkbox"/> NC di confezionamento (es. provetta non presente nel contenitore secondario e terziario); <input type="checkbox"/> campione non idoneo (identificazione mancante o non corretta, insufficiente, emolizzato; provetta scaduta, presenza di coaguli, ecc.); <input type="checkbox"/> modulistica mancante.
<p>_____, lì _____</p> <p style="text-align: center;">Firma dell'operatore che <b>rileva</b> la Non Conformità _____</p> <p style="text-align: center;">Firma del medico di settore _____</p>
TRATTAMENTO E RISOLUZIONE DELLA NON CONFORMITÀ
Modalità Risoluzione: _____ _____ _____ _____
<p>_____, lì _____</p> <p>Firma dell'operatore che <b>risolve</b> la Non Conformità medico e/o TSLB/infermiere _____</p>
PRESA VISIONE DELLA GESTIONE DELLA NON CONFORMITÀ da parte del Responsabile della Qualità del SIT
<p>_____, lì _____</p> <p>p.v., Firma del Responsabile Gestione Qualità SIT _____</p>