



Κωδ: HSP-14

Έκδοση: 01

ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ

Σελ.1/1

Προέλευση:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Εργαζόμενος _____ | <input type="checkbox"/> Έρευνα Ατυχήματος _____ |
| <input type="checkbox"/> Εξωτερική Επιθεώρηση ___ / ___ / ___ | <input type="checkbox"/> Επισκέπτης _____ |
| <input type="checkbox"/> Εσωτερική Επιθεώρηση Αρ. _____ | <input type="checkbox"/> Άλλη _____ |
| <input type="checkbox"/> Σύσκεψη Ανασκόπησης Αρ. _____ | |

Αφορά:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Υφιστάμενο πρόβλημα | <input type="checkbox"/> Εν δυνάμει πρόβλημα |
| <input type="checkbox"/> Πρόταση βελτίωσης | <input type="checkbox"/> Άλλο _____ |

ΤΜΗΜΑ Α (Συμπληρώνεται από οποιονδήποτε εργαζόμενο)

Ο αιτών/προτείνων:

Ο Διευθυντής:

Ο Λειτουργός ΑΥΕ:

Ημερομηνία:

Ημερομηνία:

Ημερομηνία:

ΤΜΗΜΑ Β (Συμπληρώνεται από τον αρμόδιο Διευθυντή)

Προτεινόμενες διορθωτικές ή προληπτικές ενέργειες ή αξιολόγηση της πρότασης.

Ο Διευθυντής:

Ο Λειτουργός ΑΥΕ:

Ο Γενικός Διευθυντής*:

Ημερομηνία:

Ημερομηνία:

Ημερομηνία:

ΤΜΗΜΑ Γ (Συμπληρώνεται από τον Υπεύθυνο Ποιότητας)

Οι προβλεπόμενες διορθωτικές ή προληπτικές ενέργειες εφαρμόστηκαν αποτελεσματικά:

- ΝΑΙ – ΤΕΛΟΣ
 ΟΧΙ – ΝΕΑ ΠΡΟΤΑΣΗ / ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΑΡ.

Ο Διευθυντής:

Ο Λειτουργός ΑΥΕ:

Ο Γενικός Διευθυντής*:

Ημερομηνία:

Ημερομηνία:

Ημερομηνία:

* Προαιρετικά, μόνο σε περίπτωση που η έκταση και η φύση του προβλήματος το επιβάλλει