

## ALLEGATO M: modulo di registrazione di non conformità

---

Laboratorio

n° di iscrizione registro fabbricanti

**STUDIO DENTISTICO** .....

**N° o COD. DISPOSITIVO** .....

**DOTTOR** .....

**PAZIENTE** .....

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

---

---

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'addetto \_\_\_\_\_

AZIONE PROPOSTA

---

---

Firma dell'addetto

\_\_\_\_\_

Firma del responsabile per approvazione

\_\_\_\_\_

Firma del responsabile per modifiche

\_\_\_\_\_

Eventuali modifiche \_\_\_\_\_

AZIONE EFFETTUATA

---

---

---

ESITO

☐ positivo

☐ negativo

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del responsabile

\_\_\_\_\_