



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**Allegato F**

## Verbale di sopralluogo

Riconoscimento ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004

ASL di \_\_\_\_\_

Servizio di \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail/PEC \_\_\_\_\_

**VERBALE N°** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/i \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha/hanno effettuato un sopralluogo nello  
Stabilimento \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Numero di riconoscimento (se applicabile) CE IT \_\_\_\_\_

dell'Impresa alimentare (denominazione) \_\_\_\_\_ sede legale in  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail/pec \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Titolare/Legale Rappresentante Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), residente in via \_\_\_\_\_  
località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Rappresentante della ditta per il controllo: Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), qualifica \_\_\_\_\_

**Motivazione del Controllo Ufficiale:** Rif. pratica n. \_\_\_\_\_ del SUAPE di \_\_\_\_\_, relativa a:

- ☐ Riconoscimento di un nuovo stabilimento
- ☐ Ampliamento con ulteriori attività in uno stabilimento già riconosciuto
- ☐ Altro, specificare:

### Scheda n. 1 Requisiti generali in materia di igiene

Regolamento (CE) n. 852/2004 – Allegato II	Lo stabilimento rispetta i pertinenti requisiti delle strutture e delle attrezzature?			Lo stabilimento rispetta i pertinenti requisiti gestionali e operativi?		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA
<b>CAPITOLO I</b> Requisiti generali applicabili alle strutture destinate agli alimenti						
<b>CAPITOLO II</b> Requisiti specifici applicabili ai locali all'interno dei quali i prodotti alimentari vengono preparati, lavorati o trasformati						
<b>CAPITOLO IV</b> Trasporto						
<b>CAPITOLO V</b> Requisiti applicabili alle attrezzature						
<b>CAPITOLO VI</b> Rifiuti alimentari						
<b>CAPITOLO VII</b> Rifornimento idrico						
<b>CAPITOLO VIII</b> Igiene personale						
<b>CAPITOLO IX</b> Requisiti applicabili ai prodotti alimentari						
<b>CAPITOLO X</b> Requisiti applicabili al confezionamento e all'imballaggio di prodotti alimentari						
<b>CAPITOLO XI</b> Trattamento termico						



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**Allegato F**

Verbale di sopralluogo

Riconoscimento ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004

ASL di \_\_\_\_\_

Servizio di \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail/PEC \_\_\_\_\_

## Scheda n. 2 Piano di autocontrollo

	L'OSA ha predisposto una procedura adeguata per lo stabilimento?			La procedura è applicata adeguatamente?		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Procedura di manutenzione						
Procedura di pulizia e sanificazione						
Procedura per la formazione del personale						
Procedura per la lotta agli infestanti						
Procedura per la gestione scarti, rifiuti e sottoprodotti di origine animale						
Procedura per l'approvvigionamento idrico						
Procedura per la rintracciabilità, ritiro/ricambio						
Procedura per la gestione di materie prime, semilavorati, prodotti finiti ed etichettatura						
Procedura per stoccaggio e trasporto						
HACCP						
Piano di campionamento per l'analisi compresi i criteri microbiologici						

## Note e prescrizioni

Scheda n.1 Requisiti generali in materia di igiene	
Scheda n. 2 Piano di autocontrollo	

Firma degli incaricati del sopralluogo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma dell'OSA

\_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**Allegato F**

Verbale di sopralluogo

Riconoscimento ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004

ASL di \_\_\_\_\_

Servizio di \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail/PEC \_\_\_\_\_

### **Parere per il riconoscimento dello stabilimento**

Verificata, per quanto di competenza, la correttezza formale e sostanziale dell'istanza e della documentazione trasmessa dal SUAPE e viste le risultanze del sopralluogo rispetto ai pertinenti requisiti stabiliti dal Regolamento (CE) n. 852/04 e ad altri pertinenti requisiti della normativa comunitaria, si esprime parere:

1. ☐ **FAVOREVOLE** per

☐ il riconoscimento CONDIZIONATO in quanto lo stabilimento rispetta

☐ pienamente

☐ parzialmente (vedi note e prescrizioni)

i pertinenti requisiti per le seguenti sezioni e attività (se necessario specificare anche i prodotti):

---

---

---

☐ la proroga del CONDIZIONATO (la cui durata non può superare complessivamente i sei mesi a decorrere dalla data della determinazione di concessione del riconoscimento condizionato) in quanto lo stabilimento ha compiuto progressi evidenti, ma non soddisfa pienamente (vedi note e prescrizioni) i pertinenti requisiti per le seguenti sezioni e attività (ove appropriato, specificare i prodotti):

---

---

---

☐ il riconoscimento DEFINITIVO in quanto lo stabilimento rispetta i pertinenti requisiti per le seguenti sezioni e attività (ove appropriato, specificare i prodotti):

---

---

---

2. ☐ **SFAVOREVOLE** per il riconoscimento in quanto lo stabilimento non rispetta i pertinenti requisiti per le seguenti sezioni e attività:

---

---

---

---

---

Note: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Il Responsabile del Servizio

---