



CENTRO INTEGRADO DE
FORMACIÓN PROFESIONAL
CERDEÑO

HOJA DE SUGERENCIAS

NÚMERO: _____ / _____

PARTE DE NO CONFORMIDAD y ACCIÓN CORRECTIVA

ORIGEN, DESCRIPCIÓN Y CAUSAS

FECHA:

Detectada por: Indique su Nombre y dos Apellidos

Detectada en: Indique el lugar donde se produce (Secretaría, Conserjería, aula, etc.)

ORIGEN (A RELLENAR POR CIFP CERDEÑO)

Inspecciones/ Recepción Procesos Reclamaciones Grupo de Interés
Sistema de Gestión Auditorías: Interna Externa

DESCRIPCIÓN: INDIQUE QUÉ ES LO QUE ESTABA HACIENDO

CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD: INDIQUE QUÉ PROBLEMA SE ENCONTRÓ

INDIQUE, SI LO CONSIDERA OPORTUNO, QUE PROPONE PARA SOLUCIONARLO O QUÉ SOLUCIÓN ADOPTÓ USTED:

Firma:



NÚMERO: _____ / _____

PARTE DE NO CONFORMIDAD y ACCIÓN CORRECTIVA

A CUMPLIMENTAR EXCLUSIVAMENTE POR CIFP CERDEÑO

TRATAMIENTO ESTABLECIDO O SOLUCIÓN ADOPTADA DESDE EL CIFP DE LA CAUSA DE NO CONFORMIDAD

RESULTADO OBTENIDO: FECHA DE VALORACIÓN DEL RESULTADO: / /20

CIERRE verificado por: ■

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> SI, Comprobada Eficacia del Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> No, Necesario nuevo Tratamiento Parte N° |

Fecha: . Firma:

¿Necesita Acción Correctiva?: **NO** **SI**

ACCIÓN CORRECTIVA

ACCIÓN TOMADA:

Fecha de comienzo: / /20 .. Plazo total de ejecución previsto:

Responsable implantación: (Nombre y puesto que ocupa)

Firma:

SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LA ACCIÓN TOMADA

SEGUIMIENTO:		CIERRE :	
Fechas	Seguimiento	<input type="checkbox"/> SI, Comprobada Eficacia	<input type="checkbox"/> No, Acción Correctiva N°
		Firma:	
		Fecha:	