


| | | | | |
|--|--|------------------------------|--|--------------------|
|  <p> <small>AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO</small> San Filippo Neri <small>ISTITUTO DI RICERCA NEUROLOGICA E DI NEUROSPESIOLOGIA</small> </p> | <p>Istruzione Operativa XXX</p> | <p>Istr.OpXXXV/AA</p> | <p>Rev. n. _____ Data __/__/__</p> | <p>Pag. 1 di 2</p> |
| <p>Titolo / Processo</p> | | | | |


Titolo / Processo:

.....

| Rev. n. | Data | Causale modifica | Redatto da: | Approvato da: | Validato da: |
|---------|------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | | <i>il</i> | <i>il</i> | <i>il</i> |
| | | | <i>il</i> | <i>il</i> | <i>il</i> |
| | | | <i>il</i> | <i>il</i> | <i>il</i> |
| | | | <i>il</i> | <i>il</i> | <i>il</i> |

Distribuito il _____ da archiviare nel capitolo _____

| Destinatari | |
|-------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|
|  <p> <small>AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO</small> San Filippo Neri <small>SERVIZIO DI MEDICINA INTERNA E DI NON SPECIALIZZAZIONE</small> </p> | <p>Istruzione Operativa XXX</p> | <p>Istr.OpXXXYY/AA</p> | <p>Rev. n. _____ Data __/__/__</p> | <p>Pag. 2 di 2</p> |
| <p>Titolo / Processo</p> | | | | |

INDICE

| | Pag. |
|--|-------------|
| 1. OBIETTIVO | |
| 2. SETTORI E PERSONALE COINVOLTO | |
| 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI | |
| 4. RESPONSABILITA' E AUTORITA' | |
| 5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E DIAGRAMMA DI FLUSSO..... | |
| 6. ALLEGATI | |
| 7. MATERIALI / DISPOSITIVI / ATTREZZATURE | |
| 8. MODALITA' E FASI DI APPLICAZIONE | |
| 9. VERIFICA DI APPLICAZIONE: | |
| INDICATORI, TEMPISTICA DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE | |
| 10. RINTRACCIABILITA' E CUSTODIA | |
| 11. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI | |
| 12. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI | |