COMUNICACIÓN A LA UPRL DE LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS

1	DIRECCIÓN/ SERVICIO/UNIDAD GESTIÓN CLÍNICA RESPONSABLE
SERVICIO, UNIDAD O UGC	
RESPONSABLE DEL SERVICIO O UNIDAD:	

2	MEDIDAS PREVENTIVAS EJECUTADAS Y/O CON INCIDENCIAS			
Nº DOCUMENTO PLANIFICACIÓN MEDIDAS:				
MEDIDA PREVENTIVA		**F. PREVISTA**	**F. REAL**	**INCIDENCIA**

3	LUGAR, FECHA Y FIRMA
En ……..…… a …… de …… de ……	
EL RESPONSABLE DE LAS MEDIDAS EJECUTADAS	
Fdo.: ……	

BORRADOR