

QUALITA' AMBIENTE SALUTE E SICUREZZA ANTICORRUZIONE altro: _____ (specificare)

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL SEGNALANTE

DATA		N.	
DATI SOGGETTO CHE EFFETTUA LA SEGNALAZIONE-RECLAMO			
Cognome	Nome	Mansione	
SE ESTERNO:			
ENTE/AZIENDA:	TEL/CELL.	E.MAIL	
DESCRIZIONE (Per una descrizione più accurata è possibile inserire eventuali allegati con descrizione dei fatti, attori coinvolti, eventuali fotografie ecc.)			
SEGNALAZIONE/ RECLAMO	ALL. _____		
EVENTUALI SUGGERIMENTI	ALL. _____		

PARTE DA COMPILARE A CURA DELLA VACTIS

GESTIONE SEGNALAZIONE-RECLAMO		
AZIONE CORRETTIVA NECESSARIA?	<input type="checkbox"/> SI N. ___/_____ <input type="checkbox"/> NO	OSSERVAZIONI
FIRMA DIR		
FIRMA CF [PER LA 37001]		
VERIFICA EFFICACIA DATA ___/___/_____		
POSITIVA	FIRMA _____	
NEGATIVA	NUOVA AZIONE CORRETTIVA N. ___ / _____ FIRMA _____	