

SPAZIO RISERVATO ALLA PARTE INTERESSATA RECLAMO SUGGERIMENTO**INOLTRATO DA PARTE** DIPENDENTE CLIENTE FORNITORE ALTRO SPECIFICARE _____**DATI IDENTIFICATIVI DELLA PARTE INTERESSATA**La parte interessata
preferisce rimanere ANONIMA

La parte interessata è disponibile ad essere contattata

Referente _____ Azienda _____

Indirizzo _____

Telefono _____ email _____

AREA OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE LAVORO INFANTILE LAVORO FORZATO SALUTE E SICUREZZA LIBERTÀ ASS.NE – DIRITTO
CONTR. COLL.VA DISCRIMINAZIONE PRATICHE DISCIPLINARI ORARIO DI LAVORO RETRIBUZIONE SISTEMA DI GESTIONE

Descrizione del reclamo

Azione e/o rimedi richiesti

Allegati

SPAZIO RISERVATO SPT

<input type="checkbox"/> RECLAMO N _____	<input type="checkbox"/> SUGGERIMENTO	Data
--	---------------------------------------	------

MODALITÀ DI RICEVIMENTO

<input type="checkbox"/> CASSETTA RECLAMI / SUGG.	<input type="checkbox"/> PERSONALMENTE AL RLE/SPT	<input type="checkbox"/> MAIL
---	---	-------------------------------

Risultati dell'istruttoria e soluzioni proposte

.....

.....

.....

Azione correttiva: SI NO

.....

.....

.....

Conclusioni

.....

.....

.....

<input type="checkbox"/>	Risposta inviata in data _____ tramite _____ alla parte interessata che ha segnalato il reclamo
<input type="checkbox"/>	In caso di segnalazione anonima, la risposta sarà affissa in bacheca dal giorno _____ al giorno _____

Redatto in data:	Firma SPT	Firma DIR/DL:
------------------	-----------	---------------