

**MOD.13 SCHEDA RECLAMO/SEGNALAZIONE**Rev. 01 del 29.06.2022
Aggiornamento:

Data		Scheda N°	
DESCRIZIONE DELLA SEGNALAZIONE (lasciare in bianco se si desidera rimanere ANONIMI)			
Nome e Cognome	-	mail	-
Indirizzo	-	Telefono	-
Categoria di appartenenza	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Collaboratore <input type="checkbox"/> Fornitore <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Istituzione <input type="checkbox"/> Ente Certificatore <input type="checkbox"/> Direzione <input type="checkbox"/> Altro		
Tipo di segnalazione	<input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Segnalazione <input type="checkbox"/> Suggerimento		
DESCRIZIONE RECLAMO\SEGNALAZIONE\SUGGERIMENTO			
Aspetti	<input type="checkbox"/> SGQ <input type="checkbox"/> Pratiche disciplinari <input type="checkbox"/> Prodotto <input type="checkbox"/> Salute e Sicurezza <input type="checkbox"/> Orario di Lavoro		
-			
AZIONI E/O RIMEDI RICHIESTI			
-			
SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA			
Scheda N°		Data	
Modalità ricezione del RECLAMO/SEGNALAZIONE/ SUGGERIMENTO			
<input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> web <input type="checkbox"/> altro _____			
ESITO VALUTAZIONE SEGNALAZIONE	<input type="checkbox"/> Pertinente <input type="checkbox"/> Non pertinente		
Note			
AZIONI e/o RINEDI DA INTRAPREDENRE			
RESPONSABILE ATTUAZIONE AZIONE CORRETTIVA			
VALUTAZIONE EFFICACIA E CHIUSURA DEL RECLAMO			
Data	<input type="checkbox"/> CONFORME <input type="checkbox"/> NON CONFORME	Emesso successivo reclamo n°	
Firma QAM Licord		Firma DG (per approvazione)	
_____		_____	