

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL SOGGETTO SEGNALANTE

DATA	N.				
<input type="checkbox"/> Reclamo/Segnalazione <input type="checkbox"/> Suggerimento <input type="checkbox"/> Non Conformità	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Fornitore	<input type="checkbox"/> Altro: _____	
La segnalazione/Reclamo riguarda direttamente	<input type="checkbox"/> HMS IT	<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Fornitore <input type="checkbox"/> Subfornitore	<input type="checkbox"/> Altro: _____	

DATI SOGGETTO CHE EFFETTUA LA SEGNALAZIONE

<input type="checkbox"/> La parte interessata preferisce rimanere ANONIMA	<input type="checkbox"/> La parte interessata è disponibile ad essere contattata:
	Referente:
	Azienda:
	Indirizzo:
	Telefono:

AREA OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

<input type="checkbox"/> QUALITÀ	<input type="checkbox"/> LAVORO INFANTILE	<input type="checkbox"/> DISCRIMINAZIONE
<input type="checkbox"/> AMBIENTE	<input type="checkbox"/> LAVORO FORZATO E OBBLIGATO	<input type="checkbox"/> PROCEDURE DISCIPLINARI
<input type="checkbox"/> SALUTE E SICUREZZA	<input type="checkbox"/> LIBERTÀ DI ASSOCIAZIONE E DIRITTO ALLA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA	<input type="checkbox"/> ORARIO DI LAVORO
<input type="checkbox"/> CORRUZIONE	<input type="checkbox"/> RETRIBUZIONE	<input type="checkbox"/> SISTEMA DI GESTIONE
<input type="checkbox"/> PRIVACY		

DESCRIZIONE (Per una descrizione più accurata è possibile inserire eventuali allegati con descrizione dei fatti / attori coinvolti/eventuali fotografie ecc.):

SEGNALAZIONE	DESCRIZIONE (contenuto del reclamo) ALL. _____
--------------	---

AZIONE E/O RIMEDI RICHIESTI:	ALL. _____
LA PARTE INTERERESSATA è DISPONIBILE AD ESSERE CONTATTATA DA : (indicare una funzione aziendale HMS IT S.p.A.)	

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA					
MODALITÀ DI RICEVIMENTO	<input type="checkbox"/> TELEFONO	<input type="checkbox"/> POSTA/FAX	<input type="checkbox"/> EMAIL	<input type="checkbox"/> PORTALE SEGNALAZIONI	<input type="checkbox"/> PERSONALMENTE
GIUDIZIO DI PERTINENZA	<input type="checkbox"/> PERTINENTE		<input type="checkbox"/> NON PERTINENTE		
DOCUMENTI/ INFORMAZIONI DA ACQUISIRE:					
ASPETTI DA APPROFONDIRE					
RISULTATI DELL'ISTRUTTORIA - SOLUZIONI PROPOSTE:					
AZIONE CORRETTIVA NECESSARIA?	<input type="checkbox"/> SI N. ___/____ <input type="checkbox"/> NO		OSSERVAZIONI		
RISULTATI CONSEGUITI:					
CONCLUSIONI:					
DATA					
FIRMA SPT					
FIRMA DATORE DI LAVORO					