



**MODULO**  
**Reclamo Segnalazione**

MOD. 11.04.  
Rev. 1 del  
07.01.2021  
Pag. 1 di 2

**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:
	Posta elettronica:
	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

**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. _____
--------------	---



**MODULO  
Reclamo Segnalazione**

MOD. 11.04.  
Rev. 1 del  
07.01.2021  
Pag. 2 di 2

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**

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