

SEGNALAZIONE N.	DATA	
	RECLAMO	TRASMESO DA PARTE DI (barrare con una X la casella corrispondente) <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Fornitore <input type="checkbox"/> Altro
	PROPOSTA	
	NOME *	
	COGNOME *	
	EMAIL *	
	TELEFONO *	
	<i>*Campo facoltativo</i>	
	ARGOMENTO DEL RECLAMO/PROPOSTA	
AZIONE PROPOSTA		
FIRMA (Facoltativa)		
COMITATO GUIDA	GESTIONE DELLA SEGNALAZIONE	
	DATA DI PRESA IN CARICO	
	ANALISI DEL RECLAMO/PROPOSTA	
	AZIONE EFFETTUATA	