

Data \_\_\_\_\_

NC     Reclamo

| SEGNALAZIONE PER |  |   |                     |
|------------------|--|---|---------------------|
| A                | LAVORO INFANTILE                                 | G | ORARIO DI LAVORO    |
| B                | LAVORO OBBLIGATO                                 | H | RETRIBUZIONE        |
| C                | SALUTE E SICUREZZA                               | I | SISTEMA DI GESTIONE |
| D                | LIBERTA' DI ASSOC. E DIRITTO ALLA CONTRATT. COLL | L | RECLAMO             |
| E                | DISCRIMINAZIONE                                  | M | PARITÀ DI GENERE    |
| F                | PROCEDURE DISCIPLINARI                           | N | ALTRO               |

| LA SEGNALAZIONE RIGUARDA |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 1                        | COMPORAMENTI INTERNI       |
| 2                        | COMPORAMENTI DEL FORNITORE |
| 3                        | COMPORAMENTI DEL CLIENTE   |
| 4                        | ALTRO                      |

| DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA'/RECLAMO |       |
|---|-------|
|   |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
|   |       |
| NOME E COGNOME                            | FIRMA |

*ATTENZIONE: LA SEGNALAZIONE/RECLAMO PUO' ESSERE INOLTATA ANONIMAMENTE. IN TAL CASO LA RISPOSTA SARA' RESA PUBBLICA CON LE MODALITA' PREVISTE DALLA PROCEDURA DI RIFERIMENTO*

**A CURA DI RES**

| ANALISI DELLE CAUSE |
|---------------------|
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |

| TRATTAMENTO NC / RECAMO |
|-------------------------|
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |

| RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> NO    | <input type="checkbox"/> SI "RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA" N° |
| DATA ATTUAZIONE SOLUZIONE      |   |
| RESP. ATTUAZIONE               | FIRMA   |
| RESP. SOLUZIONE                | FIRMA   |
| FIRMA RES                      | DATA  |

| VERIFICA ATTUAZIONE E CHIUSURA DELLA NC/RECLAMO |  |
|---|--|
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| <input type="checkbox"/> POSITIVA               | <input type="checkbox"/> NEGATIVA "SI RICHIEDE AZIONE CORRETTIVA" N° |
| FIRMA RES                                       | DATA   |

Il presente modulo dovrà essere imbucato nell'apposita *cassetta reclami* presente in ogni sede aziendale oppure essere inviato al SPT Aziendale a mezzo posta all'indirizzo:

- Links Management and Technology S.p.A.  
Via R. Scotellaro, 55  
73100 Lecce

Nei casi più gravi si può reclamare trasmettendo il presente modulo:

- via fax o via mail a TÜV Italia: [tuv.ms@tuvsud.com](mailto:tuv.ms@tuvsud.com)
- via posta all'indirizzo: TÜV Italia SRL  
Viale Fulvio Testi 280/6  
20126 Milano
- oppure, via mail al SAAS: [saas@saasaccreditation.org](mailto:saas@saasaccreditation.org)