

MODULO RECLAMI/RICORSIRECLAMO RICORSO

DATA _____

RECLAMANTE/RICORRENTE

NOME _____ COGNOME _____ IN QUALITÀ DI _____

INDIRIZZO _____ COMUNE _____ PROV. _____ CAP _____

INFORMAZIONI DI CONTATTO: TEL. _____ MAIL _____

DESCRIZIONE DEL RECLAMO/RICORSO *(allegare documentazione ove disponibile)*

FIRMA

I RECLAMI INVIATI IN FORMA ANONIMA NON SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE**IL SEGUENTE MODULO È DA INVIARE COMPILATO ALL'INDIRIZZO: info@eccsr.it**

DA COMPILARE A CURA DELL'ORGANISMO NOTIFICATO

DATA INIZIO RECLAMO/RICORSO _____

N° _____

TRATTAMENTO ATTUATO

DATA DI CHIUSURA PREVISTA _____

 RECLAMO/RICORSO SOSPESO

Motivo _____

È necessario aprire un'azione correttiva? NO SI (specificare AC) _____ RECLAMO/RICORSO CHIUSO

Data _____

Firma _____