



MODULO SEGNALAZIONI-RECLAMI

Rev.4
28 aprile 2017

Origine (indicare nome e cognome, indirizzo e-mail e/o recapito telefonico)

	Socio-lavoratore/ dipendente
	Utente/ Ospite/Familiare
	Committente
	Fornitore
	Consulente
	Altro (specificare)

Proveniente da:

(specificare Area/Settore):

(specificare Servizio/ Ufficio):

--	--

Descrizione della segnalazione/reclamo

(se presente allegare il Documento con il quale è pervenuto il reclamo/segnalazione)

--

Ai sensi del D.Lgs.196/03 e s.m.i. autorizzo la Cooperativa Sociale Società Dolce, con sede legale in Bologna Via Cristina da Pizzano n.5, al trattamento dei dati personali di cui sopra.

Compilatore

(Nome e Cognome)

--

Firma

--

Data _____

SOCIETA' DOLCE SI IMPEGNA A FORNIRE RISCONTRO IN MERITO ALLA SEGNAZIONE/RECLAMO ENTRO 15 GIORNI DALLA DATA DI RICEZIONE.

**GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE
UFFICIO QUALITA'**

Consegnato al Responsabile _____ **il** _____



MODULO SEGNALAZIONI-RECLAMI

Rev.4
28 aprile 2017

A cura del Responsabile di riferimento

Apertura Non Conformità	NO		SI'	Descrizione azione correttiva:
Apertura Azione Preventiva	No		SI'	Descrizione azione preventiva:
In caso di Non-Conformità o di Azione Preventiva, la segnalazione o il reclamo è gestita/o nel seguente modo:				

Il Responsabile _____ Firma _____

Data _____

Il modulo compilato è stato consegnato all'ufficio Qualità il _____