

MODULO RECLAMI/RICORSI

DATA _____

RECLAMO RICORSO

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@osmio.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 _____