

SPAZIO RISERVATO ALLA PARTE INTERESSATA		
<input type="checkbox"/> RECLAMO	<input type="checkbox"/> SUGGERIMENTO	
<p style="text-align: center;">Inoltrato da parte di:</p> <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Fornitore <input type="checkbox"/> Altro – Specificare : _____		
Dati identificativi della parte interessata		
<input type="checkbox"/> La parte interessata preferisce rimante ANONIMA	<input type="checkbox"/> La parte interessata è disponibili ad essere contattata_ Referente: _____ Azienda: _____ Indirizzo: _____ Telefono: _____ e mail: _____	
AREA OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE		
Indicatore Performance:		
<input type="checkbox"/> 1. Lavoro infantile	<input type="checkbox"/> 2. Lavoro forzato o obbligato	<input type="checkbox"/> 3. Salute e Sicurezza
<input type="checkbox"/> 4. Libertà Ass.ne diritto contr.collettiva	<input type="checkbox"/> 5 Discriminazione	<input type="checkbox"/> 6. Pratiche disciplinari
<input type="checkbox"/> 7. Orario di lavoro	<input type="checkbox"/> 8. Retribuzione	<input type="checkbox"/> 9. Sistema di gestione
Descrizione del Reclamo/Suggerimento		
Azione e/o rimedi richiesti:		
Allegati:		
MODALITÀ DI INOLTRO RECLAMO/SUGGERIMENTO		
<input type="checkbox"/> specifica cassetta presente nell'area ristoro della sede; <input type="checkbox"/> via mail all'indirizzo roberto.abate@devizia.com <input type="checkbox"/> via posta all'indirizzo De Vizia Transfer SpA Via Nucleo Industriale, Prata Di Principato Ultra, AV 83030, o via fax al numero 0825/670205 Vi è anche la possibilità di inviare le segnalazioni ai seguenti indirizzi dell'ente di certificazione: <input type="checkbox"/> via posta a Bureau Veritas V.le Monza, 347, 20126 Milano MI - via mail a : csr@it.bureauveritas.com <input type="checkbox"/> o all'ente di accreditamento SAI: SAAS, 220 East 23rd Street, Suite 605, New York, New York 10010, USA 1(e-mail: saas@saasaccreditation.org – fax +212-684-1515)		

SPAZIO RISERVATO AL SPT (Social Performance Team)	
RECLAMO/SUGGERIMENTO N. _____ DEL: _____	
Modalità di ricevimento	<input type="checkbox"/> Posta/Fax/Mail <input type="checkbox"/> Cassetta Reclami <input type="checkbox"/> Personalmente al SPTI
Giudizio di pertinenza	<input type="checkbox"/> Reclamo/ Suggerimento NON PERTINENTE Giustificare: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Reclamo/suggerimento PERTINENTE
Documenti e informazioni da acquisire	
Aspetti da approfondire	
Risultati dell'istruttoria e Soluzioni proposte	
Azione correttiva	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Rapporto nr. _____
Conclusioni	

<input type="checkbox"/>	Risposta inviata in data: _____ tramite: _____ alla parte interessata che ha segnalato il reclamo
<input type="checkbox"/>	In caso di segnalazione anonima la risposta sarà affissa in bacheca dal giorno: _____ al giorno: _____

DATA: _____ _____	FIRMA SPT – SA 8000 _____ _____ _____ _____ _____
-------------------------	--