

Codice	Revisione	Pagina
SA.MOD.002	15/02/2021	1 di 2

Data: ____/____/____

Indicare se trattasi di: Reclamo Suggerimento Mancati infortuni

* Indicare il reparto di interesse: _____

Contenuto del reclamo/suggerimento e mancati infortuni

Azione/rimedi proposti

Oltre alle apposite cassette postali predisposte dall'azienda, potete inviare il presente modulo anche per e-mail all'indirizzo e.tanganelli@teknomet.it o tramite lettera all'indirizzo Via Ponte a Esse Vertighe, 6 – 52048 Monte San Savino (AR), o direttamente all'ente di certificazione:

Ente di Certificazione – Sede Italia

BUREAU VERITAS ITALIA SPA

Viale Monza, 347 – 20126 Milano (MI)

Telefono: (+39) 02 270911

E-mail: csr@it.bureauveritas.com

Ente di Certificazione – Sede Internazionale Holding - :

BUREAU VERITAS CERTIFICATION HOLDING SAS

Le Triangle de l'Arche

8, cours du Triangle - CS 90096

92937 Paris la Defense Cedex - France

E-mail: cersa8000clientfeedback.in@in.bureauveritas.com

Accreditation Body:

SOCIAL ACCOUNTABILITY ACCREDITATION SERVICES (SAAS)

15 West 44th Street, 6th Floor

New York, NY 10036

Tel: (212) 391-2106 Fax: (212) 684-1515

E-mail: saas@saasaccreditation.org

http://www.saasaccreditation.org/Complaints_Submission_Form

Riservato al referente aziendale

Segnalazione pervenuta in:

forma scritta

colloquio personale

colloquio telefonico

Tipologia di segnalazione

oggettivo

soggettivo

Analisi delle cause e soluzioni proposte:

Informazione al dipendente sull'esito della segnalazione inviata in data: ____/____/____

Firma del referente a conclusione del procedimento: