

Descrizione del reclamo/segnalazione⁽¹⁾:

Nome compilatore (facoltativo)⁽²⁾:

data⁽²⁾:

SPAZIO A CURA DEL SPT

Ricevuto da:

Data:

a mezzo

Lettera

Fax

Verbale

Note

Funzione aziendale responsabile del trattamento:

Valutazione reclamo/segnalazione:

Proposta di intervento:

Data:

Firma:

Verifica trattamento/soddisfazione cliente/altra parte interessata

Data:

Firma:

Comunicato al rilevante a mezzo

Lettera

Fax

Verbale

Data:

Data:

Data:

Il Risolutore:

Data:

Il RDQ:

Data: