

RECLAMO O SEGNALAZIONE inoltrato da parte di:				
<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Fornitore	<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Altro	
Barrare con una "X" la casella corrispondente				
DESCRIZIONE DELLA PROBLEMATICIA	Indicare l'ambito della problematica di cui si vuole operare la segnalazione			
	<input type="checkbox"/> Lavoro infantile	<input type="checkbox"/> Lavoro obbligato	<input type="checkbox"/> Salute e sicurezza	
	<input type="checkbox"/> Discriminazione	<input type="checkbox"/> Procedure disciplinari	<input type="checkbox"/> Orario di lavoro	
	<input type="checkbox"/> Remunerazione	<input type="checkbox"/> Sistema di gestione	<input type="checkbox"/> Fornitori	
	<input type="checkbox"/> Libertà di associazione e diritto alla contrattazione collettiva			
	DATI IDENTIFICATIVI DELLA PARTE INTERESSATA			
	<input type="checkbox"/> La parte interessata preferisce restare anonima		<input type="checkbox"/> La parte interessata è disponibile ad essere ricontattata:	
			Referente _____	
			Ente di Appartenenza _____	
			Indirizzo _____	
		Città _____		
		e-mail _____		
		telefono _____		
DESCRIZIONE DELL'EVENTO (contenuto del reclamo /segnalazione) Data _____				
AZIONI E/O RIMEDI RICHIESTI/PROPOSTI:				
<p>La segnalazione può essere consegnata al rappresentate dei lavoratori SA8000, oppure inoltrando, anche in modalità anonima, al seguente indirizzo: Allegrini S.r.l. – Viale Enrico Mattei, snc – 01030 Bassano in Teverina (VT) La segnalazione può essere inviata anche direttamente all'Organismo di Certificazione: CICE: info@lavoroetico.it; SAAS: saas@saasaccreditation.org tel. 0543-713311 fax 0543-713319</p>				

COMPILAZIONE A CURA DI ALLEGRINI SRL				
TRATTAMENTO	Trattamento			
	Analisi cause:	<input type="checkbox"/> Interne:		<input type="checkbox"/> Esterne:
	Natura	<input type="checkbox"/> 1° Caso	<input type="checkbox"/> Sporadica	<input type="checkbox"/> Ripetitiva
	Gravità	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Importante	<input type="checkbox"/> Secondaria
	Data:	Firma Resp. Area:		

PIANO DI GESTIONE DELLE AC / AM

N°	Tipo: - AC - AM	Descrizione della AC/AP	Resp. Attuaz.	Scad.	Verifica Efficacia		
					Data	Esito (P/N)	Firma