

Dipartimento Provinciale di Servizio Direzione Generale
 Via - n. Tel. Fax
 Cod. Fisc. / Part.IVA 01588450427 - E-mail -

CLIENTE		
Nome Cognome		
Indirizzo		
OGGETTO DEL RECLAMO:		
Ricevuto da :	In data :	in forma: <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> scritta <input type="checkbox"/> telefonica <input type="checkbox"/> altro
Responsabile gestione del reclamo:		n° reclamo:
Accettazione del reclamo: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Firma di chi ha accettato il reclamo:
Motivo del rifiuto:		Data:

VALUTAZIONE DEL RECLAMO RISERVATA ALL'UFFICIO
Date e Azioni svolte :
Valutazione effettuata da:
Allegati:
Visto Il Responsabile Garanzia Qualità ARPAM _____ Data _____



ARPAM

AGENZIA
REGIONALE
PER LA PROTEZIONE
AMBIENTALE
DELLE MARCHE



Sistema Nazionale
per la Protezione
dell'Ambiente

Dipartimento Provinciale di Servizio

Direzione Generale

Via - n. Tel.

Fax

Cod. Fisc. / Part.IVA 01588450427 - E-mail -

Risultato della valutazione:

Esame della valutazione del reclamo ed eventuali azioni di verifica:

Data: **Firme:**

MISURE CORRETTIVE E PREVENTIVE DA INTRAPRENDERE

Data: **Firme:**

ESITO E CONCLUSIONE RECLAMO

Data: **Firme:**

COMUNICAZIONE AL CLIENTE

In forma:

- verbale scritta
 telefonica altro

Effettuata da :

.....

in data: