

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 :

Dipartimento Provinciale di Servizio Direzione Generale

Via - n. Tel. Fax
Cod. Fisc. / Part.IVA 01588450427 - E-mail -

Valutazione effettuata da:
Allegati:
Visto Il Responsabile Garanzia Qualità ARPAM _____ Data _____
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: <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> scritta <input type="checkbox"/> telefonica <input type="checkbox"/> altro	Effettuata da : in data: