



**MODULO RECLAMO/SUGGERIMENTO
CLIENTE**

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | RECLAMO | <input type="checkbox"/> | SUGGERIMENTO |
| PARTE A CURA DEL CLIENTE | | | |
| OGGETTO DELLA COMUNICAZIONE : _____ (campo obbligatorio) | | | |
| Motivo reclamo o disservizio / segnalazione di suggerimento (campo obbligatorio): | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Generalità del segnalante: | | | |
| Cognome (campo obbligatorio) | | | |
| Nome (campo obbligatorio) | | | |
| Via/Piazza (campo obbligatorio) | | N° (campo obbligatorio) | |
| Città (campo obbligatorio) _____ | | | |
| N° tel. (facoltativo) | | E.mail (facoltativo) | |
| Data _____ Firma (se cartaceo) _____ | | | |
| Con l'apposizione della firma dichiaro di aver ricevuto l'informativa di cui alla L. 196/2003 ed esprimo il consenso a che la Provincia tratti i miei dati personali ai fini della gestione del presente reclamo. | | | |
| PARTE A CURA DELL'UFFICIO COMPETENTE | | | |
| <input type="checkbox"/> RECLAMO ESTERNO <input type="checkbox"/> RECLAMO INTERNO | | | |
| <input type="checkbox"/> SCRITTO <input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> TELEFONICO <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> FAX | | | |
| Ricevuto in data _____ | | | |
| Ricevuto dall'Ufficio competente in data _____ | | | |
| Trasmissione a RGQ in data _____ | | | |
| PARTE A CURA DEL PERSONALE RESPONSABILE | | | |
| RECLAMO FONDATO | <input type="checkbox"/> | RECLAMO NON FONDATO | <input type="checkbox"/> |
| Rapporto di Azione Correttiva in data _____ | | | |
| Chiusura Azione Correttiva in data _____ | | | |
| Comunicazione chiusura al cliente in data _____ | | | |
| Comunicazione chiusura a RGQ in data _____ | | | |