

M2P9 rev.03 del 04/07/2023

| Dati identificativi della parte interessata | |
|---|----------------------------------|
| Il/La sottoscritto/a _____ nella qualità di _____ della ditta (ragione sociale) _____ con sede in _____ Prov. ____ Indirizzo _____ Tel. _____ Fax. _____ E-mail _____ C.F. _____ | |
| <input type="checkbox"/> Reclamo | <input type="checkbox"/> Ricorso |
| DESCRIZIONE (reclamo / ricorso) | Allegati: |
| | |
| Data ___/___/_____ | Firma _____ |
| Inviare il modulo tramite E-MAIL: laboratoriodimetologia@gmail.com Per ulteriori informazioni contattare telefonicamente il +39 095 446081 | |
| Comunicazione al richiedente della presa in carico del reclamo/ricorso, trasmessa in data: ___ / ___ / _____ (entro 5 gg dal ricevimento). | Visto della Direzione: _____ |
| SPAZIO RISERVATO ALL'ORGANISMO DI ISPEZIONE DISTEFANO BILANCE S.R.L.S. | |
| Reclamo / Ricorso N° _____ | Incaricato della gestione: _____ |
| Giudizio pertinenza: <input type="checkbox"/> Reclamo/Ricorso pertinente <input type="checkbox"/> Reclamo/Ricorso non pertinente | Trattamento: _____ |
| OSSERVAZIONI: | |
| | |
| Data ___/___/_____ | Firma _____ |
| Informativa al richiedente, sull'esito del reclamo/ricorso, trasmessa in data: ___ / ___ / _____ (entro 30 gg dal ricevimento). | Visto della Direzione: _____ |