

**Modulo di reclamo / ricorso**

Dati identificativi della parte interessata		
Il/La sottoscritto/a _____ nella qualità di _____		
con sede in _____ Prov. ____ Indirizzo _____		
Tel. _____ Fax. _____ E-mail _____ C.F. _____		
<input type="checkbox"/> Reclamo	<input type="checkbox"/> Ricorso	<input type="checkbox"/>
DESCRIZIONE (reclamo / ricorso)		Allegati:
Data ___ / ___ / _____		Firma _____
Inviare il modulo tramite FAX +39 091-7745613 oppure E-MAIL info@igmcertificazioni.it. Per ulteriori informazioni contattare telefonicamente al numero +39 091 2510566.		
SPAZIO RISERVATO ALL'ORGANISMO I.G.M. CERTIFICAZIONI S.R.L.		
Reclamo / Ricorso N° _____	Incaricato della gestione:	
<b>Giudizio pertinenza:</b> <input type="checkbox"/> Reclamo/Ricorso pertinente <input type="checkbox"/> Reclamo/Ricorso non pertinente	<b>Trattamento:</b>	
OSSERVAZIONI:		
Data ___ / ___ / _____		Firma _____
Informativa al richiedente, sull'esito del reclamo/ricorso, trasmessa in data: ___ / ___ / _____ (entro 30 gg dal ricevimento).		Visto della Direzione: _____
Eventuale riesame da parte del comitato di salvaguardia per l'imparzialità:		