

Parte interessata:	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Fornitore / consorziata	<input type="checkbox"/> Altro
OGGETTO DEL RECLAMO				
<input type="checkbox"/> Lavoro infantile	<input type="checkbox"/> Discriminazione	<input type="checkbox"/> Orario di lavoro		
<input type="checkbox"/> Lavoro forzato o obbligato	<input type="checkbox"/> Pratiche disciplinari	<input type="checkbox"/> Retribuzione		
<input type="checkbox"/> Salute e sicurezza sul lavoro	<input type="checkbox"/> Fornitori	<input type="checkbox"/> Sistema di gestione aziendale		
<input type="checkbox"/> Libertà di associazione e diritto alla contrattazione collettiva		<input type="checkbox"/> Altro		
DESCRIZIONE DEL RECLAMO				

GESTIONE DEL RECLAMO DA PARTE DELLA AZIENDA				
RECLAMO N° _____		ricevuto in data ___/___/___		
Modalità di ricezione:	<input type="checkbox"/> Telefono/fax	<input type="checkbox"/> Posta/via mail	<input type="checkbox"/> Rappresentante dei lavoratori SA8000	<input type="checkbox"/> Altro
Analisi del reclamo:				
Soluzioni proposte:				
Conclusioni:				
Risposta inviata / pubblicata in data : ___/___/___ tramite: <input type="checkbox"/> sito internet <input type="checkbox"/> indirizzo postale <input type="checkbox"/> mail/pec				
Il reclamo richiede l'avvio di Azioni Correttive? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI/ quali:				
Note: le azioni correttive devono essere gestite sul M7-P6 secondo la procedura P6				
Data chiusura:	Firma membri SPT			



MODULO RECLAMI SA8000

M1-P17
Rev. 00