



SPAZIO RISERVATO AL LAVORATORE O COMUNQUE ALLA PARTE INTERESSATA			
<input type="checkbox"/> reclamo	inoltro da:	<input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> Cliente
<input type="checkbox"/> suggerimento		<input type="checkbox"/> Fornitore	
		<input type="checkbox"/> ALTRO: _____	
DATI IDENTIFICATIVI DEL LAVORATORE O ALTRA PARTE INTERESSATA:			
<input type="checkbox"/> si sceglie la forma di segnalazione ANONIMA		<input type="checkbox"/> si è disponibile a essere contattati:	
		Azienda: _____	
		Cognome e Nome: _____	
		Indirizzo: _____	
		E-mail: _____	
		Telefono: _____	
AREA OGGETTO DEL RECLAMO/SEGNALAZIONE/SUGGERIMENTO			
<input type="checkbox"/> lavoro minorile	<input type="checkbox"/> lavoro forzato e obbligato	<input type="checkbox"/> libertà di associazione e diritto alla contrattazione collettiva	
<input type="checkbox"/> orario di lavoro	<input type="checkbox"/> retribuzione	<input type="checkbox"/> contratto di lavoro	
<input type="checkbox"/> cassa integrazione	<input type="checkbox"/> discriminazione	<input type="checkbox"/> aggressione/offesa/vessazione	
<input type="checkbox"/> molestie	<input type="checkbox"/> mobbing	<input type="checkbox"/> diritti umani	
<input type="checkbox"/> comportamenti illeciti	<input type="checkbox"/> salute e sicurezza	<input type="checkbox"/> ambiente di lavoro	
<input type="checkbox"/> procedure disciplinari	<input type="checkbox"/> Sistema di Gestione	<input type="checkbox"/> ALTRO:	
DESCRIZIONE DEL RECLAMO/SEGNALAZIONE/SUGGERIMENTO E DELLE AZIONI PROPOSTE			
DESCRIZIONE (contenuto del reclamo/segnalazione): 			
AZIONE E/O RIMEDI RICHIESTI: 			
Data _____		Firma (opzionale) _____	
MEZZO DI INOLTRO RECLAMO/SEGNALAZIONE/SUGGERIMENTO			
<input type="checkbox"/> cassetta presente presso la bacheca C.I.M.S. di <input type="checkbox"/> Borgo Tossignano <input type="checkbox"/> Imola Molino Rosso <input type="checkbox"/> Quarto inferiore			
<input type="checkbox"/> di persona all'Ufficio del Personale di C.I.M.S. s.c.r.l. – S. Allende n. 39 – 40021 Borgo Tossignano (BO)			
<input type="checkbox"/> tramite posta a C.I.M.S. s.c.r.l. – S. Allende n. 39 – 40021 Borgo Tossignano (BO) - all'attenzione di SPT			
<input type="checkbox"/> tramite e.mail a segnalazioni@cims.it			
<input type="checkbox"/> consegna al Rappresentante dei Lavoratori SA8000 sig. _____			

Qualora la parte interessata non dovesse sentirsi idoneamente rappresentata e tutelata dalle figure previste dal Sistema di Gestione della Responsabilità Sociale, ha facoltà di rivolgersi direttamente:

- a) Organismo di Certificazione: TÜV NORD Italia S.r.l. - Via Filippo Turati, 70 20023 Cerro Maggiore (MI) PEC: tuvnorditaliasrl@lamiappec.it, Tel.: +39 0331 541488, Fax: +39 0331 478854, e-mail: info@tuev-nord.it
- b) Ente di Accreditamento SAAS - Social Accountability Accreditation Service, 15 West 44th Street, 6th Floor New York, NY 10036, telefono (212) 684-1414, fax: (212) 684-1515, e-mail: saas@saasaccreditation.org