

M2P9 rev.02 del 02/05/2023

Dati identificativi della parte interessata	
Il\La sottoscritto\ta _____ 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	
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: _____