

**Modulo di reclamo / ricorso
(rif. RG 01 – par. 6)**

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	<input type="checkbox"/>
DESCRIZIONE (reclamo / ricorso)		Allegati:
Data ___/___/____		Firma _____
Inviare il modulo tramite FAX +39 091 9774638 oppure E-MAIL: info@adesndt.com Per ulteriori informazioni contattare telefonicamente al numero +39 0931 095877.		
SPAZIO RISERVATO ALL'ORGANISMO DI ISPEZIONE AdES S.R.L.		
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: _____