

 Consorzio IMPEGNO SOCIALE	MD 04.01 - SEGNALAZIONE (rev.1)
---	--

SEGNALAZIONE (PARTE DA COMPILARE A CURA DI CHI EFFETTUA O DI CHI RICEVE LA SEGNALAZIONE)			
PROVENIENZA DELLA SEGNALAZIONE	☐ FAMILIARE	NOME	NON OBBLIGATORIO
	☐ OPERATORE	COGNOME	NON OBBLIGATORIO
	☐ ESTERNO	SERVIZIO	
	☐ ALTRO	RICEVENTE	
OGGETTO DEL SUGGERIMENTO E/O DESCRIZIONE DEL PROBLEMA /RECLAMO:			
DATA:		FIRMA : NON OBBLIGATORIO	

GESTIONE (a cura del responsabile di servizio e/o RSGI eventualmente in collaborazione con RSPP e/o RLS)							
SUGGERIMENTO	SEGNALAZIONE	RECLAMO	INCIDENTE	INFORTUNIO	MANCATO INFORTUNIO	SITUAZIONE PERICOLOSA	COMPORTAMENTO PERICOLOSO
POSSIBILI CAUSE:							
DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO:							
RESPONSABILE TRATTAMENTO:				DA ESEGUIRE ENTRO IL:			
CHIUSURA EFFETTIVA DEL:				EFFICACIA DEL TRATTAMENTO:			
GESTIONE (a cura del RSGI)							
L'EVENTO SEGNALATO COMPORTA LA REVISIONE DEL DVR?						☐ SI ☐ NO	
L'EVENTO SEGNALATO COMPORTA L'APERTURA DI UNA NC?						☐ SI ☐ NO N. NC _____	
L'EVENTO SEGNALATO COMPORTA L'APERTURA DI UNA AC?						☐ SI ☐ NO N. AC _____	
L'EVENTO SEGNALATO COMPORTA L'APERTURA DI UNA AM?						☐ SI ☐ NO N. AM _____	