



**GESTIONE SEGNALAZIONI  
SA8000 – ISO 37001**

N°: \_\_\_\_\_

( ) ANTICORRUZIONE ( ) RESPONSABILITA' SOCIALE

- PREFERISCO RIMANERE ANONIMO**  
 **SONO DISPONIBILE AD ESSERE CONTATTATO/A**

Sig./ra .....

Residente in ..... Via .....

Telefono ..... e-mail .....

**In qualità di:**

- Lavoratore       Sindacato       Fornitore       Altro \_\_\_\_\_

DESIDERO SEGNALARE QUANTO SEGUE (DESCRIZIONE DEL FATTO, CONDOTTA O EVENTO)

**AUTORE DEL FATTO**

(Indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione)

**ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO**

(Indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione)

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI PER LA TRASMISSIONE**

**per ISO 37001 (prevenzione della corruzione):** all'indirizzo mail del FPC dedicato [sistemaqualita@zsgroup-spa.com](mailto:sistemaqualita@zsgroup-spa.com)  
**per SA8000:**

- ❖ Il modulo compilato deve essere trasmesso al Social Performance Team (SPT) mail: [SA8000@zsgroup-spa.com](mailto:SA8000@zsgroup-spa.com); 090.6374022 (int.1);
- ❖ In alternativa, il modulo può essere inviato all'indirizzo dell'ente di certificazione [sa8000@sgs.com](mailto:sa8000@sgs.com) oppure [laura.verlicchi@sgs.com](mailto:laura.verlicchi@sgs.com) (fax: +39 051 63 89 926) o all'ente di accreditamento SAI : SAAS, 220 East 23rd Street, Suite 605, New York, New York 10010, USA (email: [saas@saasaccreditation.org](mailto:saas@saasaccreditation.org); fax: +212-684-1515).  
Si garantisce la massima riservatezza e l'anonimato quando richiesto, sarà impegno della Direzione dare risposta al segnalante in merito alla chiusura del reclamo entro 30 gg.



**GESTIONE SEGNALAZIONI  
SA8000 – ISO 37001**

N°: \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE INTERNO**

**VERIFICA SEGNALAZIONE**

Data: Firma (TPS o SPT)

**VERIFICA FONDATEZZA SEGNALAZIONE**

Il reclamo risulta:  fondato  non fondato

Motivazione: \_\_\_\_\_

Data: TPS o SPT:

Presidente CDA:

**VALUTAZIONE ATTIVAZIONE AZIONE CORRETTIVA**

Apertura Azione Correttiva:  Sì  No

AC n° \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Azione \_\_\_\_\_

Data: Presidente CDA:

Data: TPS o SPT:

**CHIUSURA SEGNALAZIONE**

Descrizione: \_\_\_\_\_

Comunicazione al segnalante mediante:

Del

Data: Team delle Prestazioni Sociali (TPS o SPT)