



Cognome e nome.....

Indirizzo .....

Città .....CAP.....Telefono .....

Indirizzo e-mail.....

Segnalazione di:                  reclamo                   suggerimento 

Servizio a cui è diretta la segnalazione .....

Oggetto e motivo della segnalazione

.....

.....

.....

.....

.....

È possibile consegnare il seguente modulo o presso la Segreteria di COTRAD ONLUS in Via Cavour 325 Roma, o via posta, o tramite e-mail all'indirizzo [qualita@cotrad.org](mailto:qualita@cotrad.org)

I dati personali forniti nel presente Modulo saranno utilizzati a fini istituzionali per i quali sono richiesti e verranno trattati, con l'ausilio di strumenti cartacei ed informatici, unicamente per tale scopo, nel rispetto della normativa vigente.

*Data**Firma*

*La Cooperativa COTRAD, in caso reclamo<sup>1</sup>, si impegna a rispondere entro il termine massimo di 20 giorni. Le chiediamo di compilare il presente modello, in stampatello e nel modo più dettagliato possibile. La mancata indicazione delle informazioni richieste può comportare l'impossibilità di trattare il reclamo.*

SPAZIO RISERVATO ALLA COOPERATIVA		
DATA RICEZIONE:	RICEVENTE:	
<input type="checkbox"/> ricevuto via tel./Fax/mail	<input type="checkbox"/> ricevuto presso sede	<input type="checkbox"/> ricevuto via posta

<sup>1</sup> In caso di suggerimento non si prevede una risposta, la segnalazione se pertinente, verrà inoltrata all'ufficio competente, valutata e conservata.