



Delcomar S.r.l. *Compagnia di Navigazione*
 Sede legale : Via Caprera, 37 - 09123 Cagliari (CA)
 Tel. 0789/737631 Fax. 0789/721367 C.F./P.Iva 01217940905



MODULO DI SEGNALAZIONE O RECLAMO

DELCOMAR S.r.l. - Ufficio Reclami - Piazza Carlo Emanuele III, 24 - 09014 Carloforte - Tel. 800.195.344 - e-mail : info@delcomar.it

Data segnalazione: _____ **Tipologia segnalazione:** Suggerimento per miglioramento servizio Reclamo

Autore segnalazione:

Sig./Sig.ra _____
 residente a _____ Tel.: _____

Servizio oggetto della segnalazione/reclamo: _____

Oggetto della segnalazione :

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato - Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs.n.196/03

Il/La sottoscritto/a _____
 qui di seguito identificato/a, anche, con il termine "interessato/a" nel significato di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs.n.196/03 in relazione al Regolamento (UE) 2016/679 ed al D.Lgs. 196/03 relativo al trattamento dei dati personali,
Per il trattamento dei dati personali per le finalità indicate al punto D dell'informativa Firma INTERESSATO/A

Presto il consenso Nego il consenso

Luogo _____ Data ____ / ____ / ____

Le parti sottolineate evidenziate in grigio sono riservate all'Ufficio Reclami DELCOMAR S.r.l.

Parte "B"		
DA COMPILARSI A CURA DELL'OPERATORE DELCOMAR CHE RICEVE IL RECLAMO		
N°:	Data di Consegna:	
Ricevuto da (Nome operatore Delcomar):		
Modalità di inoltro: <input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> TELEFONICA <input type="checkbox"/> MODULO <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> LETTERA <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> ALTRO:		
Funzioni aziendali coinvolte nel reclamo:		
Descrizione Reclamo		
<input type="checkbox"/> Qualità del servizio <input type="checkbox"/> Ritardo corsa <input type="checkbox"/> Soppressione corsa <input type="checkbox"/> Amministrativo <input type="checkbox"/> Altro:		
Parte "C"		
DA COMPILARSI A CURA DEL RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ DELCOMAR		
Analisi del reclamo:		
Azione proposta:		
Verifica efficacia :	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa	Data _____ Firma RESPONSABILE QUALITÀ _____

MS 09.09 - 01