

**Allegato 1 parte a)**

**Modulo di Segnalazione delle Violazioni (Whistleblowing)**

**Destinatario: Responsabile Internal Audit della capogruppo Mittel - FISV**

presso: Ufficio Internal Audit – Mittel S.p.A.  
Indirizzo postale: Via Borromei n. 5 – 20123 Milano

Il Sottoscritto (dati facoltativi)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Dipendente o altro (fornitore, consulente, ...) \_\_\_\_\_

della Società \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Ti sei avvalso di un facilitatore per questa segnalazione come consentito dalla normativa

☐ SÌ ☐ NO

Chi è il facilitatore (dati facoltativi) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**NOTA:** Gli autori delle segnalazioni sono preservati da qualsiasi forma di ritorsione o discriminazione in ambito professionale e ne viene garantita la riservatezza dell'identità nei limiti previsti dalla legge ovvero determinati dalla necessità di tutela della Società. Sono previste sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante e degli altri soggetti interessati, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate.