

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

 SI 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.