

Allegato 1 parte b)**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

Società interessata dalla segnalazione _____

Descrivi in poche parole la tua segnalazione _____

Descrivi la tua segnalazione in dettaglio _____

Dove sono avvenuti i fatti _____

Quando sono avvenuti i fatti _____

Autore dell'evento _____

Altri eventuali soggetti a conoscenza dell'evento e/o in grado di riferire sul medesimo _____

Come sei coinvolto nel fatto segnalato?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sono una vittima | <input type="checkbox"/> Sono coinvolto nei fatti |
| <input type="checkbox"/> Sono diretto testimone dei fatti in prima persona | <input type="checkbox"/> È una voce che ho sentito in giro |
| <input type="checkbox"/> Mi è stato detto da un testimone diretto | |

Hai delle prove a supporto della tua segnalazione

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI (allegare l'eventuale documentazione a supporto) |
| <input type="checkbox"/> NO |

Data _____