

**Allegato 2 parte b)**

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

**Destinatario:** Responsabile dell'Ufficio Legale e Societario di Mittel S.p.A.

presso: 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

- ☐ SI (allegare l'eventuale documentazione a supporto)
- ☐ NO

Data \_\_\_\_\_