

Informacje ogólne	
Kogo/ czego dotyczy zgłoszenie	
Data	
Miejscowość	
Dane kontaktowe Zgłaszającego (proszę wskazać co najmniej jedną daną do kontaktu) Na wskazany kontakt zostanie przesłana informacja zwrotna o sposobie załatwienia Zgłoszenia	
Imię i nazwisko	
Dział, stanowisko pracy lub sposób współpracy z Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.	
Telefon	
e-mail	
Ewentualnie adres do korespondencji	
Informacje szczegółowe	
Data zaistnienia Naruszenia	
Data powzięcia wiedzy o Naruszeniu	
Miejsce zaistnienia Naruszenia	
Opis Naruszenia (okoliczności, zachowania, ramy czasowe Naruszenia itp.),	

Wskazanie Świadków	
Imię i nazwisko	
Imię i nazwisko	
Imię i nazwisko	
Wskazanie dowodów	
Wskazanie sprawcy / sprawców Naruszenia	
Imię i nazwisko oraz stanowisko / rodzaj współpracy z Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.:	
Imię i nazwisko	
Imię i nazwisko	
Imię i nazwisko	
Wskazanie ewentualnego Pokrzywdzonego (jeśli występuje / jest znany)	
Imię i nazwisko oraz stanowisko / rodzaj współpracy z Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.:	
Imię i nazwisko	
Imię i nazwisko	
Imię i nazwisko	

Charakter naruszenia	
podejrzanie przygotowania, usiłowania lub popełnienia czynu zabronionego	
niedopełnienie obowiązków lub nadużycia uprawnień	
niezachowanie należytej staranności wymaganej w danych okolicznościach	
naruszenia w organizacji działalności	
naruszenie wewnętrznych procedur oraz standardów etycznych	
Inne (opisać jakie)	
Oświadczenia	
Oświadczam, iż mam świadomość, możliwych konsekwencji związanych z fałszywym zgłoszeniem Naruszenia.	
Oświadczam, iż przedmiotowe zgłoszenie składam w dobrej wierze.	
Oświadczam, iż wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na udostępnienie moich danych osobowych, osobie, której dotyczy Zgłoszenie oraz osobom trzecim wskazanym w Zgłoszeniu. *niewłaściwe skreślić	
Załączniki	
1.	
2.	
3.	
4.	
Podpis Osoby Zgłaszającej _____	

POUCZENIA

W przypadku ustalenia w toku Postępowania Wyjaśniającego, iż w Zgłoszeniu Naruszenia świadomie podano nieprawdę lub zatajono prawdę, Zgłaszający będący Pracownikiem, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej określonej w przepisach Kodeksu Pracy. Zachowanie takie może być również zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych i jako takie skutkować rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia, grzywną, karą ograniczenia lub pozbawiania wolności do lat 2.

W przypadku Zgłaszającego, świadczącego na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o. usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, ustalenie dokonania fałszywego Zgłoszenia Naruszenia skutkować może rozwiązaniem tejże umowy i definitywnym zakończeniem współpracy pomiędzy stronami, grzywną, karą ograniczenia lub pozbawiania wolności do lat 2.

Niezależnie od skutków wskazanych powyżej, Zgłaszający świadomie dokonujący fałszywego Zgłoszenia Naruszenia może zostać pociągnięty do odpowiedzialności odszkodowawczej, w przypadku wystąpienia szkody w związku z fałszywym Zgłoszeniem

Adnotacja o dacie otrzymania Zgłoszenia

Data otrzymania Zgłoszenia

Zgłoszenie zostało złożone:

pisemnie (w formie elektronicznej)

ustnie – zaprotokołowane przez (imię i nazwisko) _____

Imię i nazwisko przyjmującego Zgłoszenie: _____

Podpis przyjmującego Zgłoszenie: _____