

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Niniejszy formularz służy złożeniu, w dobrej wierze, powiadomienia o:

- uzasadnionym podejrzeniu wystąpienia nieprawidłowości,
 - rzeczywistym wystąpieniu nieprawidłowości,
 - istnieniu istotnego wystąpienia nieprawidłowości
- w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ.

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZGŁOSZENIE*

Imię i nazwisko

telefon kontaktowy/e-mail

Miejsce pracy

Stanowisko pracy

*W przypadku woli przekazania zgłoszenia anonimowego wskazanych danych osobowych nie należy podawać.

Wnoszę o utajnienie moich danych osobowych (zaznacz właściwe pole) *

TAK

NIE

*osoba, która z uzasadnionych obaw, chce zachować anonimowość może dokonać zgłoszenia imiennego wraz z żądaniem utajnienia jej danych. Postępowanie wyjaśniające prowadzone jest wówczas w sposób gwarantujący ochronę jej tożsamości przed osobami trzecimi.

Jakiego obszaru nieprawidłowości, według Ciebie, dotyczy zgłoszenie? Można wybrać kilka.

DZIAŁANIA O CHARAKTERZE KORUPCYJNYM

KONFLIK INTERESÓW

NIEDOPEŁNIENIE OBOWIĄZKÓW

NEPOTYZM, KUMOTERSTWO

NADUŻYCIE WŁADZY

INNE (w szczególności: nadużycia finansowe, oszustwa, generowanie niezgodności w dokumentacji; podejmowanie działań prowadzących lub mogących prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia; łamiące obowiązujące zasady bhp, ppoż. i ochrony środowiska; nieetyczne zachowania, w tym dyskryminacja, molestowanie, nierzetelne przetwarzanie danych osobowych i ich bezprawne ujawnienie, itp.)

TREŚĆ ZGŁOSZENIA

Proszę podać poniższe informacje:

1. Dane osoby/ osób (imię, nazwisko, stanowisko), które dopuściły się nieprawidłowości lub przyczyniły się do ich powstania lub których dalsze nie przerwane, działanie może doprowadzić do ich zaistnienia.

2. Dane osoby/osób (imię, nazwisko, stanowisko), które są ofiarami zgłaszanych nieprawidłowości lub mogą stać się ofiarami (poniosły lub mogą ponieść straty finansowe, rzeczowe, fizyczne i/lub psychiczne).

3. Proszę opisać nieprawidłowości, które są tematem zgłoszenia oraz okoliczności ich zajścia.

- Co rzeczywiście się zdarzyło?
- Gdzie i kiedy doszło do nieprawidłowości?
- Jak doszło do powstania nieprawidłowości w ujęciu chronologicznym?
- Zgodnie z posiadaną wiedzą, dlaczego doszło do nieprawidłowości, jakie mogły być motywy osób związanych ze sprawą?
- Jakie skutki, według posiadanej wiedzy, spowodowały opisane nieprawidłowości?
- Czy przed dokonaniem zgłoszenia podejmowałeś działania w celu wyeliminowania nieprawidłowości, np. zgłoszenie do przełożonego? Jeśli tak, to jakie?

OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Oświadczam, że:

1. Dokonując zgłoszenia nieprawidłowości:
 - a) działałam w dobrej wierze,
 - b) posiadam uzasadnione przekonanie, że ujawniona informacja jest w zasadniczej mierze prawdziwa,
 - c) nie dokonuję zgłoszenia w celu osiągnięcia korzyści
2. dokonując zgłoszenia ujawniam wszystkie znany mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia.
3. Znana mi jest Polityka zgłaszania nieprawidłowości i ochrony sygnalistów oraz zakres przysługującej na tej podstawie ochrony.

Data i czytelny podpis osoby zgłaszającej (nie dotyczy zgłoszenia w formie anonimu)

.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ z siedzibą w 66-620 Gubin, ul. Kresowa 258.
2. Może Pan/Pani kontaktować się w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy RODO z wyznaczonym u Administratora inspektorem ochrony danych na adres e-mail: iod@wsplspzoz-qubin.pl.
3. Pani/a dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych ze zgłaszanymi przypadkami naruszenia prawa, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest przyjmowanie, weryfikowanie oraz wyjaśnianie zgłoszeń naruszeń prawa (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO) lub dobrowolnej zgody, jeżeli nie decyduje się Pan/i na zachowanie anonimowości (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
4. Pani/a dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat licząc od dnia przyjęcia zgłoszenia.
5. Administrator zapewnia poufności Pani/a danych, w związku z otrzymanym zgłoszeniem. W związku z tym dane mogą być udostępnione jedynie podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom.
6. Posiada Pan/i prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/u także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
7. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie do Prezesa UODO (uodo.gov.pl).
9. Pani/Pana dane nie będą udostępnione do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Pani/a dane nie będą podlegały profilowaniu lub zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji

Data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

.....