Załącznik nr 1 do Procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sokółce

Formularz zgłoszenia naruszenia prawa w SPZOZ w Sokółce

Informacje ogólne	
Numer zgłoszenia (wypełnia Pełnomocnik ds. naruszeń prawa)	
Data zgłoszenia	
Imię i nazwisko zgłaszającego (jeśli dotyczy)	
Dane kontaktowe zgłaszającego (np. adres pocztowy, adres email, numer telefonu, inna preferowana forma kontaktu)	
Data wystąpienia naruszenia	
Data powzięcia informacji o naruszeniu	
Miejsce wystąpienia naruszenia (komórka organizacyjna Zakładu)	
Opis naruszenia	
Imiona i nazwiska świadków naruszenia (jeśli dotyczy)	

Dowody na wystąpienie naruszenia

Oświadczenie o odpowiedzialności

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:

1) działam w dobrej wierze;
2) posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w tym formularzu informacje są prawdziwe;
3) nie dokonuję niniejszego zgłoszenia w celu osiągnięcia korzyści;
4) ujawnione w niniejszym formularzu informacje są zgodne z moim stanem wiedzy odnośnie przedmiotu zdarzenia i nie zataiłem świadomie niczego z tego, co jest mi wiadome;
5) znana jest mi Procedura Ochrony Sygnalistów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sokółce;
6) jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;
7) jestem świadomy odpowiedzialności porządkowej określonej w przepisach ustawy z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;
8) jestem świadomy że złożenie fałszywego zgłoszenia może skutkować rozwiązaniem umowy (dotyczy osoby świadczącej usługi na rzecz SPZOZ w Sokółce na podstawie umowy cywilnoprawnej).

Czytelny podpis (w przypadku zgłoszenia anonimowego wpisać literę „A”)

……..……..…