

Formularz zgłoszenia nieprawidłowości

Data i miejsce sporządzenia:

Zgłoszenie imienne:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Miejsce pracy:

Dane kontaktowe:

Wnoszę o utajnienie moich danych osobowych: TAK  NIE

Jakiego obszaru nieprawidłowości dotyczy Twoje zgłoszenie?

- działania o charakterze korupcyjnym
- konflikt interesów
- mobbing
- inne

Treść zgłoszenia:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dane osób, które dopuściły się naruszenia prawa, tj. imię, nazwisko, stanowisko, miejsce pracy:

.....  
.....

Opis nieprawidłowości oraz ich

daty:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Preferowana forma kontaktu: .....

Opisz szczegółowo swoje podejrzenia oraz okoliczności ich zajścia zgodnie z wiedzą, którą posiadasz:

- Podaj dane osób, które dopuściły się nieprawidłowości, których dotyczy zgłoszenie (nazwiska, stanowiska).
- Podaj dane osób, które mogły stać się ofiarami nieprawidłowości.
- Jakie zachowanie/działanie chcesz zgłosić?
- Kiedy mniej więcej się zaczęło? Czy trwa nadal?
- Czy powiadomiłeś już kogoś o tej sprawie? Napisz kto to był (np. osoby w firmie, media, inne władze).
- Czy istnieją relacje pomiędzy wskazanymi powyżej osobami?
- Jakie skutki spowodowały lub mogą spowodować opisane przez Ciebie nieprawidłowości?

Fakultatywnie: Dowody i świadkowie

Wskaż i dołącz posiadane dowody, potwierdzające opisywany stan lub wskaż świadków.

Oświadczenie osoby dokonującej zgłoszenia

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:

1. Działam w dobrej wierze,
2. Posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe,
3. Nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści,
4. Ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
5. Znana jest mi obowiązująca w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodka Mieszkalno-Rehabilitacyjnego Polskiego Związku Niewidomych w Olsztynie procedura zgłaszania przypadków nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń.

.....  
Data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia