Załącznik Nr 2 do Wewnętrznego Regulaminu Zgłoszeń  
 Naruszeń Prawa i Ochrony Osób Zgłaszających  
 Naruszenie Prawa w Szpitalu Neuropsychiatrycznym   
w Lublinie.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NARUSZENIA PRAWA W SZPITALU NEUROPSYCHIATRYCZNYM W LUBLINIE  
(dla osoby dokonującej zgłoszenia)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data sporządzenia: | | |
| Zgłoszenie imienne: | Imię  i Nazwisko: |  |
| Dane kontaktowe (adres, e-mail, telefon) |  |
| Wnoszę o utajenie moich danych osobowych: | □ TAK  □ NIE | |
| Jakiego obszaru nieprawidłowości dotyczy Twoje zgłoszenie? | □ działania o charakterze korupcyjnym  □ konflikt interesów  □ inne (jakie)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Treść zgłoszenia:**  Opisz szczegółowo swoje podejrzenia oraz okoliczności ich zajścia zgodnie z wiedzą, którą posiadasz:  • Podaj dane osób, które dopuściły się naruszeń prawa, których dotyczy zgłoszenie (nazwiska, stanowiska).  • Podaj dane osób, które mogły stać się ofiarami naruszeń prawa.  • Jakie zachowanie/działania chcesz zgłosić?  • Kiedy mniej/więcej się to zaczęło? Czy trwa nadal?  • Czy powiadomiłeś już kogoś o tej sprawie? Jeśli tak, 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 naruszenia prawa? |  | |
| **Fakultatywnie:** Dowody i świadkowie (wskaż  i dołącz posiadane dowody, potwierdzające opisywany stan oraz 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) znany jest mi obowiązujący w Szpitalu Neuropsychiatrycznym Regulamin zgłaszania przypadków naruszenia prawa oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń (sygnalistów),  6) potwierdzam zapoznanie oraz akceptuję treść klauzuli informacyjnej załączonej do niniejszego zgłoszenia naruszenia prawa.  ...............................................................................  (data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia) | | |
| Uwagi :  Formy zgłaszania naruszenia prawa/kanały zgłaszania:   1. W formie listownej na adres: Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie,  Ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin z dopiskiem na kopercie, „Zgłoszenie naruszenia prawa”, „ Pełnomocnik ds. naruszeń prawa - do rąk własnych” 2. W postaci umieszczenia „Formularza Zgłoszenia naruszenia prawa w Szpitalu dla osoby dokonującej zgłoszenia”, w dedykowanej skrzynce znajdującej się w holu głównym  w Dworku. 3. Na wniosek zgłaszającego - podczas bezpośredniego spotkania zorganizowanego w Sali Konferencyjnej w Dworku, z przyjmującym zgłoszenie w wyznaczonym terminie,  nie dłuższym niż 14 dni, liczonych od dnia złożenia wniosku. 4. W formie elektronicznej – poprzez wysłanie Zgłoszenia Wewnętrznego na adres poczty elektronicznej tj: [sygnaliści@snzoz.lublin.pl](mailto:sygnaliści@snzoz.lublin.pl) dedykowanej jedynie w tym celu i posiadającej adekwatne zabezpieczenie umożliwiające zachowanie poufności danych osobowych.   Przetwarzanie tych danych następuje na podstawie **art. 6 ust. 1 lit. c)** Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, **gdyż przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.**  ........................................................................................  data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia | | |