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 kogośo 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 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 |