

## PROTOKÓŁ PRZYJĘCIA USTNEGO ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Data zgłoszenia:.....

Imię i nazwisko zgłaszającego.....

Telefon:.....

e-mail:.....

Wniosek o utajnienie danych osobowych zgłaszającego

TAK

NIE

Data oraz miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub datę i miejsce pozyskania informacji o nieprawidłowości:

.....

Opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia nieprawidłowości:

.....

.....

.....

.....

.....

Wskazanie podmiotu-osoby/komórki organizacyjnej, którego dotyczy zgłoszenie:

.....

Opis w jaki sposób zgłaszający dowiedział się o zaistnieniu nieprawidłowości:

.....

.....

.....

Wskazanie ewentualnych świadków nieprawidłowości:

.....

Wskazanie wszystkich dowodów, informacji pomocnych w procesie rozpatrywania zgłoszenia:

.....

.....

Oświadczam, że dokonując zgłoszenia:

- a) działałam w dobrej wierze,
- b) posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w zgłoszeniu informacje i zarzuty są prawdziwe,
- c) ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłem/am wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
- d) znana jest mi obowiązująca w SPZZOZ w Staszowie „ Procedura zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa w SPZZOZ w Staszowie”.

.....  
czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia

#### POUCZENIE

- 1). Zakazuje się świadomego składania fałszywych zgłoszeń nieprawidłowości.
- 2). W przypadku ustalenia w wyniku wstępnej analizy zgłoszenia albo w toku postępowania wyjaśniającego, iż w zgłoszeniu nieprawidłowości świadomie podano nieprawdę lub zatajono prawdę, zgłaszający będący pracownikiem, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej określonej przepisami Kodeksu pracy. Zachowanie takie może być również zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych i jako takie skutkować rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia.
- 3). W przypadku zgłaszającego, świadczącego na rzecz SPZZOZ w Staszowie usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, ustalenie dokonania fałszywego zgłoszenia nieprawidłowości skutkować może rozwiązaniem tejże umowy i definitywnym zakończeniem współpracy między stronami.
- 4). Niezależnie od skutków wskazanych powyżej, zgłaszający świadomie dokonujący fałszywego zgłoszenia nieprawidłowości może zostać pociągnięty do odpowiedzialności odszkodowawczej, w przypadku wystąpienia szkody po stronie SPZZOZ w Staszowie, związanej z fałszywym zgłoszeniem.

.....  
czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

### FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Data zgłoszenia: .....

Imię i nazwisko zgłaszającego.....

Telefon:.....

e-mail:.....

Wnioskuje o utajnienie moich danych osobowych

TAK

NIE

Data oraz miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub datę i miejsce pozyskania informacji o nieprawidłowości:

.....

Opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia nieprawidłowości:

.....

.....

.....

.....

.....

Wskazanie podmiotu-osoby/komórki organizacyjnej, którego dotyczy zgłoszenie:

.....

Opis w jaki sposób zgłaszający dowiedział się o zaistnieniu nieprawidłowości:

.....

.....

.....

Wskazanie ewentualnych świadków nieprawidłowości:

.....

Wskazanie wszystkich dowodów, informacji pomocnych w procesie rozpatrywania zgłoszenia:

.....

.....

Oświadczam, że dokonując zgłoszenia:

- a) działałam w dobrej wierze,
- b) posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w zgłoszeniu informacje i zarzuty są prawdziwe,
- c) ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłem/am wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
- d) znana jest mi obowiązująca w SPZZOZ w Staszowie „ Procedura zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa w SPZZOZ w Staszowie”.

.....  
czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia

#### POUCZENIE

- 1). Zakazuje się świadomego składania fałszywych zgłoszeń nieprawidłowości.
- 2). W przypadku ustalenia w wyniku wstępnej analizy zgłoszenia albo w toku postępowania wyjaśniającego, iż w zgłoszeniu nieprawidłowości świadomie podano nieprawdę lub zatajono prawdę, zgłaszający będący pracownikiem, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej określonej przepisami Kodeksu pracy. Zachowanie takie może być również zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych i jako takie skutkować rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia.
- 3). W przypadku zgłaszającego, świadczącego na rzecz SPZZOZ w Staszowie usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, ustalenie dokonania fałszywego zgłoszenia nieprawidłowości skutkować może rozwiązaniem tejże umowy i definitywnym zakończeniem współpracy między stronami.
- 4). Niezależnie od skutków wskazanych powyżej, zgłaszający świadomie dokonujący fałszywego zgłoszenia nieprawidłowości może zostać pociągnięty do odpowiedzialności odszkodowawczej, w przypadku wystąpienia szkody po stronie SPZZOZ w Staszowie, związanej z fałszywym zgłoszeniem.

Załącznik Nr 3  
do „ Procedury ujawniania i zgłaszania nieprawidłowości  
oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa  
w SPZZOZ w Staszowie.”

## REJESTR ZGŁOSZEŃ NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Numer zgłoszenia	Data zgłoszenia	Przedmiot naruszenia	Dane osobowe zgłaszającego oraz adres do kontaktu	Dane osobowe osoby której dotyczy zgłoszenie	Informacje o podjętych działaniach następczych.	Data zakończenia sprawy

Staszów, dn. ....

### POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Potwierdza się, przyjęcie zgłoszenia nieprawidłowości, które zostało dokonane w dniu .....,  
przez..... i dotyczy nieprawidłowości polegającej na:

.....  
Niniejszym stwierdza się, że Zgłaszającemu **nadano/odmówiono nadania status/u Sygnalisty.**  
Odmowa nadania Zgłaszającemu statusu Sygnalisty wynika z następujących względów:

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

.....  
.....

podpis Pełnomocnika ds. naruszeń prawa

Załącznik Nr 5  
do „ Procedury ujawniania i zgłaszania nieprawidłowości  
oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa  
w SPZZOZ w Staszowie.”

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Procedurą ujawniania i zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik Nr 6  
do „ Procedury ujawniania i zgłaszania nieprawidłowości  
oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa  
w SPZZOZ w Staszowie.”

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z: podjęciem zatrudnienia, innego stosunku prawnego stanowiącego podstawę świadczenia pracy lub usług w SPZZOZ w Staszowie zapoznałam/em się z Procedurą ujawniania i zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)