|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Azienda Ospedaliera | MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL DLGS. 24/2023 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome del segnalante |  |
| Dati di contatto (nr di cellulare e/o email) |  |
| Tipo di rapporto con la ASST (dipendente/collaboratore, tirocinante, volontario, dipendente ditta esterna, altra persona prevista dalla legge ) |  |
| Data/Periodo del fatto |  |
| Luogo in cui si è verificato il fatto |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ritengo che le azioni od omissioni commesse o tentate siano: | * Penalmente rilevanti * Poste in essere in violazione dei codici di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare; * Suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all’amministrazione di appartenenza o altro ente pubblico; * Suscettibili di arrecare un pregiudizio all’immagine dell’amministrazione: * Altro (specificare)………………………………………………………   ……………………………………………………………………………. |
| Descrizione del fatto (condotto ed evento) | ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| Autore/i del fatto | ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… |
| Altri eventuali soggetti a conoscenza del fatto e/o in grado di riferire sul medesimo | ………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… |
| Eventuali allegati a sostengo della segnalazione | …………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………… |

**Consenso** **espresso a rivelare l’identità del segnalante e qualsiasi altra informazione da cui può evincersi, direttamente o indirettamente, tale identità:**

**[ ] acconsento [ ] non acconsento**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data) (firma)

Si acconsente, ex D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità conseguenti alla presente dichiarazione, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione della segnalazione.(\*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data) (firma)

Segnalazione presentata tramite:

[ ] posta elettronica alla casella del RPCT; [ ] a mano tramite il protocollo aziendale;

[ ] servizio postale; [ ] nella mani del RPCT che data e sottoscrive

Luogo, data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*)NOTA**

**i dati forniti devono essere pertinenti rispetto alle finalità della segnalazione, salvo l’espletamento di obblighi derivanti dalla legge, i dati personali forniti non avranno alcun ambito di comunicazione e diffusione.**