

MODULO SEGNALAZIONE WHISTLEBLOWING

Soggetto che ha commesso il fatto: (possono essere inseriti più nomi)	Cognome e Nome:
	Qualifica:
Data o periodo in cui si è verificato il fatto:	
Luogo fisico in cui si è verificato il fatto:	
Modalità con cui si è venuti a conoscenza del fatto:	
Altri soggetti che possono riferire sul fatto:	

Descrizione del fatto:

La condotta è illecita perché:

Dati del segnalante (in caso di segnalazione <u>non anonima</u>):	
Nome:	
Cognome:	
Recapiti:	

Il presente modulo dovrà essere inviato alternativamente:

- *via mail: odv@porta-sole.it*
- *via posta ordinaria: Istituto Clinico Porta Sole, Via del Giochetto, 49 - 06122 Perugia. La segnalazione deve essere inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "riservata/personale" e indirizzata all'Organismo di Vigilanza.*

Allegare al presente Modulo eventuale copia del documento di riconoscimento del segnalante e documentazione a corredo della denuncia.

Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.