

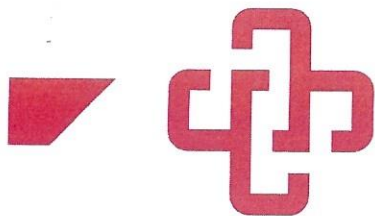
Załącznik nr 1 do Regulaminu zgłaszania naruszeń oraz ochrony Sygnalistów w Szpitalu Psychiatrycznym św. Antoniego we Fromborku
„Karta zgłoszenia naruszeń prawa” zgodnie z Regulaminem zgłaszania naruszeń prawa oraz ochrony Sygnalistów w Szpitalu Psychiatrycznym św. Antoniego Wielkiego we Fromborku przewiduje możliwość zgłoszenia telefonicznego, osobistego, pisemnie poprzez umieszczenie w dedykowanej do tego celu skrzynce pocztowej z napisem „Koordynator ds. obsługi Sygnalistów”, za pośrednictwem e-mail sygnalista@szpital-frombork.pl.

KARTA ZGŁOSZENIA NARUSZEŃ

Obowiązkiem jest wypełnienie wszystkich poniższych pól celem wszczęcia dalszego postępowania, uzupełnia Zgłaszający.

1. Data i miejsce zaistnienia naruszenia
.....
2. Data i miejsce pozyskania informacji o naruszeniu
.....
3. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej
.....
4. Stanowisko lub funkcja
.....
5. Dane kontaktowe osoby zgłaszającej
.....
6. Data zgłoszenia (dzień/miesiąc/rok/)
.....
7. Forma zgłoszenia (osobiste/telefoniczne/w formie elektronicznej)
.....
8. Opis konkretnej sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia naruszenia
.....
.....
- 8.a. Wskazanie zakresu, którego dotyczy zgłoszenie na podstawie art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 14 czerwca 2024r. o ochronie Sygnalistów
.....
.....
9. Wskazanie podmiotu (osoby), której dotyczy zgłoszenie (funkcja/jednostka organizacyjna)
.....
.....

str. 1



10. Wskazanie ewentualnych świadków naruszenia (funkcja/jednostka organizacyjna)

.....
.....

11. Wskazanie wszystkich dowodów, jakimi dysponuje zgłaszający, które będą procedowane podczas rozpatrywania zgłoszenia

.....
.....

12. Wskazanie preferowanego sposobu kontaktu zwrotnego na poziomie Zgłaszający naruszenie – Koordynator ds. obsługi Sygnalistów

.....

.....
(data, imię i nazwisko
i podpis osoby zgłaszającej)

.....
(data, imię i nazwisko i podpis osoby przyjmującej
zgłoszenie- Koordynatora ds. obsługi Sygnalistów)

Oświadczenie.

Oświadczam, że mam świadomość możliwych konsekwencji w związku z dalszymi czynnościami związanymi z nieprawdziwym zgłoszeniem naruszeń.

.....
Podpis osoby zgłaszającej naruszenie

Poniższą tabelę uzupełnia Koordynator ds. obsługi Sygnalistów

DATA WPLYWU	PSEUDONIMIZACJA (NADANIE IDENTYFIKATORA NUMERYCZNEGO)	PODPIS OSOBY PRZYJMĄCEJ ZGŁOSZENIE – KOORDYNATORA DS. OBSŁUGI SYGNALISTÓW

MFB
**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**

Przygotował Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości i Akredytacji dnia 06.08.2024r.

str. 2