**Załącznik nr 2**

do Regulaminu zgłaszania nieprawidłowości

w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

1. Imię i nazwisko Dokonującego zgłoszenie:…………………………………………………………………………...
2. Dane kontaktowe Dokonującego zgłoszenia (adres do korespondencji lub adres poczty elektronicznej) ……………………………………………………………………………………………………………………..
3. Status Dokonującego Zgłoszenia (właściwe zaznaczyć „x”)

□ pracownik,

□ były pracownik,

□ osoba ubiegająca się o zatrudnienie w Szpitalu,

□ osoba świadcząca pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej, szczególności umowy zlecenia, umowy o dzieło , kontraktu,

□ przedsiębiorca wykonujący działalność gospodarczą,

□ stażysta,

□ praktykant,

□ wolontariusz,

□ osoba świadcząca pracę pod nadzorem i kierownictwem wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej: firma wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy,

□ inna ……………………………………………………………………………………………………………………….…..…….

1. Obszar zgłaszanego naruszenia …………………………………………………………………………………………….

(w tym.in. zamówień publicznych, bezpieczeństwa sieci i systemów telmedycznych, zdrowia. ochrony prywatności i danych osobowych, usług, itp.)

1. Treść zgłoszenia, szczegółowy opis podejrzenia naruszenia prawa oraz okoliczności jego zajścia, zgodnie z wiedzą którą Dokonujący Zgłoszenia posiada ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Dane osoby /osób, które dopuściły się nieprawidłowości, których dotyczy zgłoszenie:……………………………………………………………………………………………………………………….
3. Opis zgłaszanych naruszeń:……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Data lub przybliżona data zgłaszanych nieprawidłowości:……………………………………………….
2. Miejsce wystąpienia zgłaszanych nieprawidłowości:……………………………………………………….
3. Data powzięcia wiedzy przez Dokonującego Zgłoszenia o wystąpieniu zgłaszanych nieprawidłowości:…………………………………………………………………………………………………………
4. Skutki spowodowane lub które mogą zostać spowodowane zaistnieniem zgłaszanych nieprawidłowości (o ile są znane):…………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Świadkowie dokonania zgłaszanych nieprawidłowości (o ile są znani): …………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Oświadczam że dokonując Zgłoszenia:*

1. Działam w dobrej wierze,
2. Posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w powyższym zgłoszeniu zarzuty są prawdziwe,
3. Nie dokonuje 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. Zapoznałem/am się z Regulaminem zgłaszania nieprawidłowości w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II.

..………………………………………………………………………..

***Data i czytelny podpis Dokonującego Zgłoszenia***

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych sygnalisty**

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO, uprzejmie informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków, adres e-mail: sekretariat@szpitaljp2.krakow.pl, tel. 12 614 2000;

2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy RODO może Pan/Pani kontaktować się z Administratorem z wykorzystaniem powyższych danych teleadresowych, lub z wyznaczonym u Administratora Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: [iod@szpitaljp2.krakow.pl](mailto:iod@szpitaljp2.krakow.pl) lub pod nr tel. 12 614 3049;

3. Pani/Pana dane osobowe zawarte w zgłoszeniu będą przetwarzane w celach związanych ze zgłaszanymi przypadkami naruszenia prawa UE, w tym w celach przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń oraz podejmowania działań następczych. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych przez Administratora jest wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym polegającym na przyjmowaniu, weryfikowaniu oraz wyjaśnianiu zgłoszeń naruszeń prawa UE zgodnie z art. 6 lit. e RODO   
i dobrowolnej zgody, jeżeli nie decyduje się Pan/i na zachowanie anonimowości zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres trwania postępowania wyjaśniającego naruszenie prawa UE, czyli przez okres 3 miesięcy.

5. Administrator zapewnia poufność Pani/a danych, w związku z otrzymanym zgłoszeniem. W związku z tym dane mogą być udostępnione jedynie podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, oraz podmiotom, którym administrator powierzył przetwarzanie danych (np. dostawcę usług pocztowych). Ponadto Administrator przekaże Pani/Pana dane osobowe Koordynatorowi ds. zgodności, który będzie obsługiwał zgłoszone przypadki naruszenia prawa UE.

6. Posiada Pani/Pan prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/u także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,   
a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie danych do Prezesa UODO, na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa (uodo.gov.pl);

8. Pani/Pana dane nie będą udostępnione do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu lub zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji bez udziału człowieka.

10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale może okazać się niezbędne dla potrzeb weryfikacji   
i prowadzenia postępowania wyjaśniającego oraz podejmowania działań naprawczych. Podanie danych osobowych może okazać się niezbędne dla skontaktowania się z osobą dokonującą zgłoszenia. Brak podania danych osobowych może utrudnić lub uniemożliwić realizację uzasadnionych interesów Administratora w postaci weryfikacji zgłoszenia i przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego.