**Załącznik nr 1**

do Regulaminu Dokonywania zgłaszania naruszenia prawa i Podejmowania Działań Następczych
w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II z dnia 24 września 2024r.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA WEWNĘTRZNEGO NARUSZEŃ PRAWA**

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, w 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 prawa .……………………………………………..……………………………………………………….……………………………………….

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Data lub przybliżona data zgłaszanych naruszenia prawa :………………………………………………….
2. Miejsce wystąpienia zgłaszanych naruszenia prawa :………………………………………………………….
3. Data powzięcia wiedzy przez sygnalistę o wystąpieniu zgłaszanych naruszeń prawa: ………………………………………………………………
4. wskazanie osoby lub osób, których zgłoszenie dotyczy …………………………………………..…………
5. Wskazanie ewentualnej osoby pokrzywdzonej ………………………………………………………………….
6. Wskazanie ewentualnych świadków naruszenia prawa ……………………………………………………..
7. Wskazanie wszystkich dowodów i informacji jakimi dysponuje Sygnalista, które są prawdziwe w momencie zgłoszenia i mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania zgłoszenia ……………………………………………………………………………………………………..……………………
8. Skutki spowodowane lub które mogą zostać spowodowane zaistnieniem zgłaszanych naruszeń ( o ile są znane) ………………………………………………………………………………….………………..

**Wyrażam świadomą zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie przyjmowania, weryfikacji zgłoszenia naruszenia prawa oraz podejmowania działań następczych.**

*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 na dzień dokonania zgłoszenia są zgodne ze stanem mojej wiedzy
i ujawniłem/am wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
5. zapoznałem/am się z Regulaminem zgłoszeń wewnętrznych i zewnętrznych naruszenia prawa
obowiązującym w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II.
6. zapoznałem się z przepisami karnymi wskazanymi w § 54-§ 59 Ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r.
o Ochronie Sygnalistów.
7. zapoznałem się z Klauzulą informacyjną w związku z przetwarzaniem danych osobowych sygnalisty oraz osoby trzeciej wskazanej w zgłoszeniu naruszenia prawa.

..………………………………………………………………………..

***Data i czytelny podpis sygnalisty***