

**KARTA ZGŁOSZENIA NARUSZENIA PRAWA
W SZPITALU WOLSKIM IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ SP. Z O. O.
Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE**

1. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej:

.....

2. Dane kontaktowe osoby zgłaszającej (adres do korespondencji lub adres poczty elektronicznej):

.....

3. Status osoby zgłaszającej (proszę zaznaczyć właściwy):

- ☐ pracownik – stanowisko i miejsce pracy.....
- ☐ pracownik tymczasowy;
- ☐ osoba świadcząca pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- ☐ przedsiębiorca
- ☐ stażysta,
- ☐ wolontariusz,
- ☐ praktykant.
- ☐ prokurent;
- ☐ wspólnik
- ☐ członek organu Szpitala Wolskiego,
- ☐ osoba świadcząca pracę pod nadzorem i kierownictwem wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy.
- ☐ osoba ubiegająca się o nawiązaniem stosunku pracy lub innego stosunku prawnego stanowiącego podstawę świadczenia pracy lub usług lub pełnienia funkcji w podmiocie prawnym
- ☐ były pracownik lub osoba, która na podstawie innego stosunku prawnego świadczyła pracę lub usługi lub pełniła funkcję w podmiocie prawnym

4. Obszar zgłaszanego naruszenia (proszę zaznaczyć właściwy):

- ☐ korupcja;
- ☐ zamówienia publiczne;
- ☐ usługi, produkty i rynki finansowe;
- ☐ przeciwdziałanie praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu;
- ☐ bezpieczeństwo produktów i ich zgodności z wymogami;
- ☐ bezpieczeństwo transportu;
- ☐ ochrona środowiska;
- ☐ ochrona radiologicznej i bezpieczeństwo jądrowego;
- ☐ bezpieczeństwo żywności i pasz;
- ☐ zdrowie i dobrostan zwierząt;
- ☐ zdrowie publicznego;
- ☐ ochrona konsumentów;

- ochrona prywatności i danych osobowych;
- bezpieczeństwo sieci i systemów teleinformatycznych;
- interesy finansowe Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej, jednostki samorządu terytorialnego oraz Unii Europejskiej;
- rynki wewnętrzne Unii Europejskiej, w tym publicznoprawne zasady konkurencji i pomocy państwa oraz opodatkowania osób prawnych;
- konstytucyjne wolności i prawa człowieka i obywatela – występujące w stosunkach jednostki z organami władzy publicznej i niezwiązane z dziedzinami wskazanymi w poprzednich punktach.

5. Treść zgłoszenia:

- a) Dane osoby/osób, które dopuściły się nieprawidłowości, których dotyczy zgłoszenie (imię, nazwisko, stanowisko, miejsce pracy):

.....

.....

.....

- b) Szczegółowy opis zgłaszanych naruszeń:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- c) Data lub przybliżona data wystąpienia zgłaszanych nieprawidłowości:

.....

.....

.....

- d) Miejsce wystąpienia zgłaszanych nieprawidłowości:

.....

.....

.....

- e) Data powzięcia wiedzy przez osobę zgłaszającego wystąpieniu zgłaszanych nieprawidłowości:

.....

.....

- f) Okoliczności powzięcia wiedzy przez osobę zgłaszającą o wystąpieniu zgłaszanych nieprawidłowości:

.....

.....

.....

- g) Dowody dokonania zgłaszanych nieprawidłowości:

.....

.....

.....

h) Świadczenie dokonania zgłaszanych nieprawidłowości (o ile są znani):

.....
.....

i) Wskazanie ewentualnej osoby pokrzywdzonej:

.....
.....

j) Wyrażenie zgody na ujawnienie tożsamości osobom nieuprawnionym (właściwie zaznaczyć)

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Informacje, które nie zmieściły się w formularzu, proszę podać na oddzielnej kartce i załączyć do niniejszego zgłoszenia.

Pouczenie: Na podstawie art. 57 ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów kto dokonuje zgłoszenia lub ujawnienia publicznego, wiedząc, że do naruszenia prawa nie doszło, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

.....
data sporządzenia zgłoszenia i
czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia

Oświadczam, iż dokonując niniejszego zgłoszenia:

- a) działałam w dobrej wierze,
- b) posiadam uzasadnione przekonanie, że ujawniona informacja, a także każdy zawarty w niej zarzut są prawdziwe,
- c) nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści,
- d) wszystkie ujawnione przeze mnie informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i dokonując zgłoszenia ujawniłem/am wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
- e) zapoznałem się z Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o. o.

.....
data i czytelny podpis