

 POLICLINICO ITALIA	Attività di gestione delle denunce - Estratto (Sistema di Whistleblowing)	15.12.2023
--	--	------------

Allegato 1

MODULO DI SEGNALAZIONE E/O DENUNCIA ILLECITI EX D.LGS. 231/2001 E ALTRI REATI

Dichiaro espressamente di voler mantenere riservata la mia identità e di voler beneficiare delle tutele in materia di Whistleblowing in quanto segnalazione ex D.lgs. 24/2023		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Informazioni del Segnalante	Identità del Segnalante/Denunciante (<i>cognome e nome</i>)	
	Qualifica professionale del Segnalante/Denunciante (<i>dipendente, collaboratore, responsabile, ecc.</i>)	
	Direzione/Funzione/Ufficio o unità organizzativa del Segnalante/Denunciante (<i>denominazione in organigramma</i>)	
	Contatti del Segnalante/Denunciante (<i>numero di cellulare/telefono fisso/interno aziendale, e-mail</i>)	
Descrizione della segnalazione/denuncia	N. e/o paragrafo del Protocollo etico organizzativo 231	
	Sezione e/o paragrafo del Codice Etico	
	Allegato del Modulo di segnalazione/denuncia illeciti 231 e altri reati Data: __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Lettera tramite posta cartacea <input type="checkbox"/> Verbale di colloquio
	Descrizione dell'evento (<i>data e luogo</i>)	
	Soggetto/i coinvolto/i (<i>cognome e nome, mansione</i>)	
	Descrizione del fatto (<i>eventi ai quali si è assistito, documenti visionati, ecc.</i>)	



	Eventuale documentazione di supporto	
	FIRMA (<i>nominativo per esteso e leggibile</i>)	_____
	<i>Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa privacy – Whistleblowing resa ai sensi degli artt.13 e 14 Reg. UE 16/679</i>	_____
Compilazione riservata al Ricevente della segnalazione/denuncia		
Esito della segnalazione e/o denuncia	Fase istruttoria	
	Descrizione della valutazione finale	
	Decisioni adottate	
	Data di chiusura del caso e firma	_____/_____/_____ _____