

**Wzór zgłoszenia wewnętrznego
w Małopolskim Ośrodku Medycyny Pracy w Krakowie**

I. Data sporządzenia:

.....

II. Dane osoby zgłaszającej:

1) imię i nazwisko:

.....

2) sposób kontaktu zwrotnego:

.....

Zgadzam się* / Nie zgadzam* się na ujawnienie moich danych osobom zaangażowanym w wyjaśnienie zgłoszenia. (*niepotrzebne skreślić)

III. Treść zgłoszenia:

(Opisz szczegółowo swoje podejrzenia oraz okoliczności ich zajścia zgodnie z wiedzą, którą posiadasz. Podaj dane osób, które dopuściły się naruszenia. Podaj dane osób, które mogły stać się ofiarami naruszenia. Wskaż daty oraz miejsce zaistniałych nieprawidłowości lub datę i miejsce pozyskania informacji o naruszeniach. Wskaż, jakie skutki spowodowały lub mogą spowodować opisane przez Ciebie naruszenia.)

.....
.....
.....

IV. Fakultatywnie - dowody i świadkowie:

(Wskaż i dołącz posiadane dowody potwierdzające opisywany stan oraz wskaż ewentualnych świadków.)

.....
.....
.....

V. Oświadczenie osoby dokonującej zgłoszenia:

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:

- 1) działałam w dobrej wierze;
- 2) posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe;
- 3) nie dokonuję zgłoszenia w celu osiągnięcia korzyści;

- 4) ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłam/-em wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia;
- 5) znana jest mi procedura zgłaszania naruszeń, określona w Regulaminie zgłoszeń wewnętrznych w Małopolskim Ośrodku Medycyny Pracy w Krakowie .

.....
(czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszeni