1. Imię i nazwisko\*

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

1. Stanowisko lub funkcja\*…………………….……………………………………….…………………

1. Data oraz miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub data i miejsce pozyskania informacji
o nieprawidłowościach

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

1. Opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia nieprawidłowości ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………………
2. Wskazanie osoby, której dotyczy zgłoszenie

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

1. Wskazanie ewentualnych świadków

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

1. Wskazanie ewentualnych dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania nieprawidłowości

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

………………………………………………………………………..……..

data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia \*

**UWAGA!**

1. Zgłoszenie oparte na przypuszczeniach nie będzie rozpatrywane.
2. Zgłoszenie będzie rozpatrywane zgodnie z procedurą *Zasady anonimowego zgłaszania naruszeń i ochrony sygnalistów w WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza*z zachowaniem ochrony danych osobowych.
3. Zgłoszenie należy przesłać na adres *naruszenia@wolica.pl*lub listownie, Pełnomocnik ds. Zgodności Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wolicy
z dopiskiem **POUFNE lub DO RĄK WŁASNYCH**
4. Pozycje oznaczone \* niewymagane w przypadku zgłoszenia anonimowego.