Załącznik nr 4

**ZGŁOSZENIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

**w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ**

**w Braniewie**

CZĘŚĆ A

**Wypełnia osoba zgłaszająca nieprawidłowość:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Opis zgłaszanej nieprawidłowości** (*dokładny opis)* |  |
| **Osoba, której działania lub zaniechania działania zgłoszenie dotyczy (imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe)** |  |
| **Kiedy miała miejsce nieprawidłowość** |  |
| **Dowody potwierdzające zgłoszenie nieprawidłowości**  |  |
| **Świadek zgłoszenia**  |  |
| **Dane osoby, która została pokrzywdzona na skutek nieprawidłowości** |  |
| **Dodatkowe informacje udzielane przez zgłaszającego** |  |
| **Data zgłoszenia** |  |

**Wypełnia osoba przyjmująca nieprawidłowość**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko przyjmującego zgłoszenie**  |  |
| **Data przyjęcia zgłoszenia** |  |

CZĘŚĆ B

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię**  |  |
| **Nazwisko**  |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres email** |  |
| **Informacja dotyczące zgłaszającego** *(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)* | * Pracownik
* Zleceniodawca
* Usługodawca
* Były pracownik
* Kandydat do pracy
* Wolontariusz
* Praktykant/stażysta
* Zatrudniony u wykonawcy/dostawcy
* Inne
 |
| **Miejsce pracy i stanowisko służbowe zgłaszającego** |  |
| **Podpis zgłaszającego** |  |

*Instrukcja wypełniania formularza:*

*Niniejszy formularz służy zgłoszeniu nieprawidłowości w Starostwie Powiatowym w Złotowie. Zgłoszenie może dotyczyć naruszeń, które miały już miejsce oraz naruszeń, których nie popełniono, ale istnieje bardzo duże ryzyko ich popełnienia lub prób zatarcia śladów i ukrycia naruszeń. Formularz należy wypełnić czytelnie (najlepiej komputerowo) i opatrzyć własnoręcznym podpisem.*