Załącznik nr 5

**ZGŁOSZENIE DZIAŁAŃ ODWETOWYCH**

**w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ**

**w Braniewie**

CZĘŚĆ A

**Wypełnia osoba dokonująca zgłoszenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Działania odwetowe nastąpiły w związku ze zgłoszeniem** *(opis zgłoszonych nieprawidłowości)* |  |
| **Data lub okres, w którym nastąpiły działania odwetowe** |  |
| **Wskazanie osoby/osób, które dopuściły się działań odwetowych** |  |
| **Forma działań odwetowych** |  |
| **Dowody potwierdzające zgłoszenie nieprawidłowości** |  |
| **Świadek zgłoszenia** |  |
| **Dane osoby, która została pokrzywdzona na skutek nieprawidłowości** |  |
| **Dodatkowe informacje udzielane przez zgłaszającego** |  |
| **Podpis zgłaszającego** |  |
| **Data zgłoszenia** |  |

**Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
| **Stanowisko służbowe zgłaszającego** |  |
| **Imię** |  |

*Instrukcja wypełniania formularza:*

*Formularz służy zgłoszeniu działań odwetowych, jakie podjęte zostały wobec zgłaszającego, w związku z dokonanym zgłoszeniem nieprawidłowości zaistniałych w Starostwie Powiatowym w Złotowie. Zgłoszenie może dotyczyć działań odwetowych, które zostały już dokonane, gróźb zastosowania wobec zgłaszającego działań odwetowych lub prób podejmowania działań odwetowych. Formularz należy wypełnić czytelnie (najlepiej komputerowo) i opatrzyć własnoręcznym podpisem.*