

**KARTA ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

Załącznik nr 1 do Procedury „Zasady zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń”
– Edycja 2

Nr zgłoszenia.....
(nadaje osoba prowadząca rejestr)

Data zgłoszenia		
Imię nazwisko zgłaszającego*, stanowisko*, dane kontaktowe*		
Wnoszę o utajnienie moich danych osobowych w trakcie postępowania*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Data, miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub pozyskania informacji		
Osoba, której dotyczy zgłoszenie		
Opis nieprawidłowości lub sytuacji mogącej doprowadzić do nieprawidłowości		
Świadkowie zdarzenia	Imię, nazwisko	Dane kontaktowe
Czy są inne dowody potwierdzające nieprawidłowości	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jakie?).....	
Dane osób mogących być ofiarami nieprawidłowości		
Kto został już powiadomiony o zdarzeniu	<input type="checkbox"/> nikt <input type="checkbox"/> osoby w szpitalu..... <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> inne.....	

Oświadczenie zgłaszającego:

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:

1. Działam w dobrej wierze.
2. Posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe.
3. Nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści.
4. Ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia.
5. Znana jest mi obowiązująca w Szpitalu Procedura „Zasady zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń” oraz odpowiedzialności za zgłoszenie nieprawdziwych informacji.
6. Zapoznałam/em się z „Informacją na temat przetwarzania danych osobowych osób związanych ze zgłoszeniem nieprawidłowości w SP ZOZ WSS nr 3 w Rybniku

.....
czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia*

* nie dotyczy zgłoszenia w formie anonimu