

### FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOŚCI

Informacje ogólne		
Kogo/czego dotyczy zgłoszenie		
Data		
Miejscowość		
Dane kontaktowe zgłaszającego		
Rodzaj zgłoszenia	<input type="checkbox"/> Anonimowe <input type="checkbox"/> z Danymi Osobowymi	
Imię i nazwisko		
Telefon		
e-mail		
Informacje szczegółowe		
Data zaistnienia nieprawidłowości		
Data powzięcia wiedzy o nieprawidłowości		
Miejsce zaistnienia		
Czy zostało zgłoszone?		
Do kogo zostało zgłoszone?		
Opis nieprawidłowości		
Świadkowie		
Imię i nazwisko		
Imię i nazwisko		
Imię i nazwisko		
Opis dowodów		

CHARAKTER NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
- podejrzenie przygotowania, usiłowania lub popełnienia czynu zabronionego	
- niedopełnienie obowiązków lub przekroczenie uprawnień	
- niezachowanie należytej staranności wymaganej w danych okolicznościach	
- nieprawidłowości w organizacji funkcjonowania Regionalnej Dyrekcji	
- naruszenie wewnętrznych procedur oraz standardów etycznych	
- inne	
Oświadczenia	
Oświadczam, iż mam świadomość, możliwych konsekwencji związanych z fałszywym zgłoszeniem nieprawidłowości.	
Załączniki	
1.	
2.	
3.	
4.	
<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Podpis	

**POUCZENIE**

1. W przypadku ustalenia w toku postępowania wyjaśniającego, iż w zgłoszeniu nieprawidłowości świadomie podano nieprawdę lub zatajono prawdę, zgłaszający będący pracownikiem, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej określonej w przepisach Kodeksu Pracy. Zachowanie takie może być również zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych i jako takie skutkować rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia.
2. W przypadku zgłaszającego, świadczącego na rzecz Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o. usługi lub dostarczającego towary, na podstawie umowy cywilnoprawnej, ustalenie dokonania fałszywego zgłoszenia nieprawidłowości skutkować może rozwiązaniem tejże umowy i definitywnym zakończeniem współpracy pomiędzy stronami.
3. Niezależnie od skutków wskazanych powyżej, zgłaszający świadomie dokonujący fałszywego zgłoszenia może zostać pociągnięty do odpowiedzialności odszkodowawczej, w przypadku wystąpienia szkody po stronie Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o. w związku z fałszywym zgłoszeniem.

## **Klauzula informacyjna RODO**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informujemy, o tym, że:

### **1. Administrator danych osobowych:**

Administratorem danych zbieranych i przetwarzanych jest Szpital w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o., ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski, e-mail: sekretariat@szpitalkamien.pl.

### **2. Inspektor Ochrony Danych:**

Kontakt z inspektorem ochrony danych w Szpitalu w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o. następuje za pomocą adresu e-mail: iod@szpitalkamien.pl

### **3. Cel przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z sygnalizowaniem nieprawidłowości, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

### **4. Prawa osób, których dane dotyczą**

Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

### **5. Okres przechowywania**

Pani/Pana dane osobowe zwarte w zgłoszeniu będą przetwarzane przez okres 10 lat od wpłynięcia zgłoszenia.

### **6. Odbiorcy danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane przez Administratora uprawnionym podmiotom, jeśli zajdzie taka konieczność w związku z weryfikacją zgłoszenia, w trybie określonym przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.

### **7. Profilowanie**

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

### **8. Dobrowolność podania danych**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne.