

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

1. Imię i nazwisko dokonującego zgłoszenie: .....
2. Dane kontaktowe dokonującego zgłoszenia (adres do korespondencji lub adres poczty elektronicznej)

3. Status Dokonującego Zgłoszenia (właściwe zaznaczyć „x”)
- pracownik,
  - były pracownik,
  - osoba ubiegająca się o zatrudnienie w Szpitalu,
  - osoba świadcząca pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej, szczególności umowy zlecenia, umowy o dzieło, kontraktu,
  - przedsiębiorca wykonujący działalność gospodarczą,
  - stażysta,
  - praktykant,
  - wolontariusz,
  - osoba świadcząca pracę pod nadzorem i kierownictwem wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej: firma wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy,
  - inna
- .....
- .....

4. Obszar zgłaszanego naruszenia
- .....
- (w tym.in. zamówień publicznych, bezpieczeństwa sieci i systemów telmedycznych, zdrowia. ochrony prywatności i danych osobowych, usług, itp.)

5. Treść zgłoszenia, szczegółowy opis podejrzenia naruszenia prawa oraz okoliczności jego zajścia, zgodnie z wiedzą, którą dokonujący zgłoszenia posiada
- .....
- .....
- .....

- 1) Dane osoby /osób, które dopuściły się nieprawidłowości, których dotyczy zgłoszenie:
- .....
- .....

- 2) Opis zgłaszanych naruszeń: .....

Z-ca DYREKTORA  
d/s Lecznictwa

*[Signature]*  
lek. med. *Sergiusz Sowiński*

3) nieprawidłowości: .....

4) Miejsce wystąpienia zgłaszanych nieprawidłowości:

.....

5) Data powzięcia wiedzy przez Dokonującego Zgłoszenia o wystąpieniu zgłaszanych nieprawidłowości: .....

6) Skutki spowodowane lub które mogą zostać spowodowane zaistnieniem zgłaszanych nieprawidłowości (o ile są znane):

.....  
...  
.....  
.....  
.....

7) Świadczenie dokonania zgłaszanych nieprawidłowości (o ile są znani):

.....  
.....  
.....  
.....

**Oświadczam, że dokonując zgłoszenia:**

- 1) działałam w dobrej wierze,
- 2) posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w powyższym zgłoszeniu zarzuty są prawdziwe,
- 3) nie dokonuje 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) zapoznałem/am się z Regulaminem zgłaszania nieprawidłowości w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu

.....  
data i czytelny podpis dokonującego zgłoszenia