

MODULO DI SEGNALAZIONE WHISTLEBLOWING

SOGGETTO RITENUTO AUTORE DEL COMPORTAMENTO LESIVO ED OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

ALTRE PERSONE COINVOLTE

DATA/PERIODO IN CUI SI E' VERIFICATO IL FATTO

LUOGO FISICO IN CUI SI E' VERIFICATO IL FATTO

DESCRIZIONE DI DETTAGLIO DEL COMPORTAMENTO OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO

EVENTUALI ALLEGATI A SUPPORTO DELLA SEGNALAZIONE

ALTRO

DATI DEL SEGNALANTE (SOLO IN CASO DI SEGNALAZIONE NON ANONIMA, A DISCREZIONE DEL SEGNALANTE)

Cognome e Nome: _____

Telefono: _____

E-Mail: _____

MODALITA' PER OTTENERE EVENTUALI INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE IN CASO DI SEGNALAZIONE ANONIMA (Indicare eventuali contatti telefonici, email o persona di riferimento) oppure CONTATTARE la dott.ssa Paoletta Giorgi ai recapiti indicati in procedura

DATA

FIRMA SEGNALANTE

In riferimento al trattamento dei dati personali che verranno inseriti nel presente modulo, si rinvia all'informativa privacy qui allegata e riportata sul sito internet della società-Farmacie Comunali Trento/Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione.

Oggi, lì _____ l'RPCT dichiara di aver ricevuto la presente segnalazione.

DATA

FIRMA RPCT
