

Załącznik nr 1

do Procedury zgłaszania naruszeń prawa, podejmowania działań następczych oraz ochrony sygnalistów obowiązującej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu

Formularz zgłoszenia naruszenia prawa

w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu

Data sporządzenia:
Niniejszy formularz służy złożeniu powiadomienia o: <ul style="list-style-type: none">- uzasadnionym podejrzeniu naruszenia prawa,- rzeczywistym naruszeniu prawa,- istnieniu istotnego ryzyka naruszenia prawa w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu
Dane kontaktowe: Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu Pełnomocnik ds. naruszeń 82-300 Elbląg ul. Królewiecka 146 tel. (55)2395917, adres poczty elektronicznej: sygnalista@szpital.elblag.pl
Czy zgłoszenie ma charakter anonimowy*: TAK NIE
Zgłoszenie imienne (nie dotyczy anonimu): Imię i nazwisko: Miejsce pracy: Stanowisko pracy: Dane kontaktowe ¹ : adres korespondencyjny, adres e-mail i/lub numer telefonu
Wnoszę o utajnienie moich danych osobowych² *: TAK NIE
Jakiego obszaru naruszeń dotyczy Twoje zgłoszenie? działania o charakterze korupcyjnym ³ konflikt interesów ⁴ mobbing ⁵ inne ⁶
Treść zgłoszenia: <i>1. Podaj dane osób, które dopuściły się naruszenia prawa lub przyczyniły się do jego powstania, lub których dalsze, nieprzerwane działanie może doprowadzić do naruszenia prawa.</i> Imię i nazwisko: Stanowisko pracy i miejsce pracy:

2. Podaj dane osób, które są/mogły stać się ofiarami naruszenia prawa, poniosły lub mogą ponieść straty finansowe, rzeczowe, psychiczne i/lub fizyczne.

Imię i nazwisko:

Stanowisko pracy:

3. Podaj, jeśli wiesz, jaka zachodzi relacja pomiędzy wskazanymi powyżej osobami (relacje formalne-służbowe lub/i relacje nieformalne-rodzinne, towarzyskie):

4. Opisz naruszenia (wraz z datami), które są tematem Twojego zgłoszenia. Podaj okoliczności ich zajścia zgodnie z wiedzą, którą posiadasz:

- Co rzeczywiście się wydarzyło?
- Gdzie i kiedy doszło do wystąpienia naruszenia prawa?
- Jak doszło do powstania naruszenia prawa, jaki był rozwój zdarzeń (w ujęciu chronologicznym)?
- Dlaczego według Ciebie doszło do naruszenia prawa, jakie mogły być motywy osób związanych ze sprawą?
- Jakie skutki, według Ciebie, spowodowały lub mogą spowodować opisane w zgłoszeniu naruszenia?
- Czy przed dokonaniem zgłoszenia podejmowałeś działania w celu eliminacji nieprawidłowości bądź ich skutków (np. poprzez wcześniejsze zgłoszenia do przełożonych)? Jeśli tak, to wymień je.

Fakultatywnie: Dowody i świadkowie

Prosimy o wskazanie posiadanych dowodów na potwierdzenie opisanego stanu faktycznego, np. dokumentów, o ile takowe istnieją oraz załączenie ich do zgłoszenia. Wskaż ewentualnie świadków.

* *niepotrzebne skreślić*

Oświadczenie sygnalisty

Poniższe oświadczenie jest niezbędne do tego, abyśmy mogli przyjąć Twoje zgłoszenie. Jeśli nie chcesz je złożyć, skontaktuj się z nami poprzez inny kanał zgłaszania naruszeń opisany w niniejszej Procedurze zgłoszeń wewnętrznych.

Oświadczam, że:

1) dokonując niniejszego zgłoszenia naruszeń:

- działam w dobrej wierze,
- posiadam uzasadnione podejrzenie, że ujawniona informacja, a także każdy zawarty w niej zarzut, są w zasadniczej mierze prawdziwe,
- nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści,
- uważam, iż co do wszystkich okoliczności sprawy dokonanie przeze mnie ujawnienia jest uzasadnione,

2) wszystkie przekazane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy,

3) dokonując zgłoszenia ujawniłem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia;

4) znana jest mi Procedura zgłaszania naruszeń prawa, podejmowania działań następczych oraz ochrony sygnalistów, która obowiązuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu oraz zakres przysługującej mi na jej podstawie ochrony.

.....
data i czytelny podpis sygnalisty
(nie dotyczy zgłoszenia w formie anonimu)

Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych sygnalisty⁷

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz. Urz. UE. L. z 2016 r. Nr 119, s. 1, z późn. zm.) - dalej RODO, informujemy, że:

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony z siedzibą w Elblągu, adres e-mail: wszz@elblag.pl, tel. 552395900, 552344111, adres strony internetowej: www.szpital.elblag.pl

2.Może Pani/Pan kontaktować się w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy RODO z Administratorem z wykorzystaniem powyższych danych teleadresowych /lub z wyznaczonym u Administratora Inspektorem Ochrony Danych na adres e-mail: iod@szpital.elblag.pl, tel. 552395917.

3.Pani/a dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych ze zgłaszanymi przypadkami naruszenia prawa na podstawie obowiązku prawnego wynikającego z przepisów ustawy o ochronie sygnalistów (zgodnie z art. 6 ust.1 lit. c RODO).

4.Pani/a dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 lat.

5.Administrator zapewnia poufność Pani/a danych w związku z otrzymanym zgłoszeniem. W związku z tym, dane mogą być udostępnione jedynie podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.

6.Posiada Pani/Pan prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/u także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.

7.Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z niniejszą klauzulą informacyjną.

.....
data i czytelny podpis sygnalisty
(nie dotyczy zgłoszenia w formie anonimu)

¹ Podanie danych kontaktowych służy wyłącznie do kontaktu pomiędzy Pełnomocnikiem Dyrektora ds. naruszeń /Komisją a sygnalistą.

² Osoba, która z powodu uzasadnionych obaw chce zachować anonimowość, może dokonać zgłoszenia imiennego wraz z żądaniem utajnienia jej danych. Postępowanie wyjaśniające prowadzone jest wówczas w sposób gwarantujący ochronę jej tożsamości przed osobami trzecimi.

3. Działania o charakterze korupcyjnym - łapownictwo czynne i bierne, malwersacja i kradzież, oszustwo, wyłudzenie, nadużycie uprawnień, płaćna protekcja, przyjęcie/oferowanie/żądanie nienależnych korzyści finansowych lub nie finansowych itp.

⁴ Konflikt interesów to sytuacja, w której pracownik posiada taki interes prywatny lub występują takie powiązania rodzinne, majątkowe lub towarzyskie, które wpływają lub mogą mieć wpływ na bezstronne i obiektywne wykonywanie jego obowiązków służbowych. Przejawy konfliktu interesów to: nepotyzm (faworyzowanie członków rodziny lub znajomych) i kumoterstwo (wzajemne popieranie się grupy osób związanej nie tylko więzami krwi (pokrewieństwa), ale i zażyłością lub przynależnością do określonej grupy).

- ⁵ Zgodnie z art.94³ § 2 Kodeksu pracy mobbing to działania lub zaniechania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Mobbingiem są na przykład następujące działania: ciągła nieracjonalna krytyka wykonywanej pracy, ograniczanie możliwości wypowiedzenia się, powtarzające się reagowanie na zgłaszane uwagi krzykiem, agresją lub ignorowaniem, izolowanie od reszty pracowników, przydzielanie nadmiernej liczby zadań itp.
- ⁶ Inne działania to w szczególności: nadużycia finansowe, oszustwa, generowanie niezgodności w dokumentacji, niestosowanie się do obowiązków pracowniczych wynikających z regulacji wewnętrznych oraz przepisów prawnych, podejmowanie działań prowadzących lub mogących prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia pracowników, łamiące obowiązujące zasady bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska, działalność przestępcza, nieetyczne zachowania i działania łamiące zasady określone przez kodeks etyki, w tym dyskryminacja, molestowanie, łamanie praw człowieka, ujawnianie informacji poufnych, nierzetelne przetwarzanie danych osobowych lub ich bezprawne ujawnianie itp.
- ⁷ Zamieszczona klauzula realizuje obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Opracował:
K. Mioduszewski
Inspektor Ochrony Danych