

Załącznik nr 2  
do Procedury zgłoszeń wewnętrznych  
dotyczących naruszeń prawa i podejmowania działań następczych  
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej  
w Lubartowie  
Lubartów, dnia.....

**Formularz Zgłoszenia Wewnętrznego**

Data Zgłoszenia:

Imię i nazwisko Zgłaszającego:.....

Dane do kontaktu: .....

Status Zgłaszającego: .....

*(pracownik, były pracownik, osoba ubiegająca się o zatrudnienie, osoba świadcząca usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, stażysta, praktykant, wolontariusz, osoba świadcząca pracę pod nadzorem i kierownictwem wykonawcy, podwykonawcy, dostawcy inne)*

Osoba, której Zgłoszenie dotyczy:.....

*(Imię i nazwisko, stanowisko służbowe)*

Rodzaj naruszenia <sup>(np. naruszenie prawa, korupcji, zamówień publicznych, itp.)</sup> .....

.....

Czy zdarzenie zostało zgłoszone do innego organu <sup>(jeżeli tak, do jakiego)</sup>.....

.....

Opis zdarzenia <sup>(czas, miejsce, opis, dane osób, których dotyczy zgłoszenie, dane poszkodowanych, ew. świadków, dowody, kontakt zwrotny)</sup>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że:

- 1) *działam w dobrej wierze,*
- 2) *posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w niniejszym zgłoszeniu zarzuty są prawdziwe,*
- 3) *nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści,*
- 4) *ujawnione informacje są zgodne z stanem mojej wiedzy i ujawniłem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,*
- 5) *zobowiązuję się do zachowania w poufności wszelkich informacji objętych zgłoszeniem oraz związanych z prowadzonym w efekcie niniejszego zgłoszenia postępowaniem.*

.....  
Data i czytelny podpis osoby składającej Zgłoszenie

Wypełnia osoba przyjmująca Zgłoszenie	
Imię i nazwisko osoby przyjmującej Zgłoszenie	Data wpływu Zgłoszenia

#### **Klauzula Informacyjna dla osoby dokonującej zgłoszenia**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 osobowych, RODO) informuję Panią/Pana, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie z siedzibą przy ul. Cichej 14, 21-100 Lubartów.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyjęcia zgłoszenia, podejmowania działań następczych, włączając w to weryfikację zgłoszenia i dalszą komunikację z sygnalistą, w tym występowanie o dodatkowe informacje i przekazywanie sygnaliście informacji zwrotnej.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt lit. c - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. W przypadku niepodania danych nie zostanie Pani/Pan poinformowana/y o przyjęciu zgłoszenia ani jego rozpatrzeniu.
5. Dane osobowe oraz pozostałe informacje w Rejestrze Zgłoszeń Wewnętrznych są przechowywane przez okres 3 lat po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym zakończono działania następcze, lub po zakończeniu postępowań zainicjowanych tymi działaniami.
6. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty upoważnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa.
7. Przysługujące Pani/Panu prawa to: żądanie dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do sprzeciwu.
8. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
9. SP ZOZ w Lubartowie powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem poczty elektronicznej [j.turbakiewicz@spzoz-lubartow.pl](mailto:j.turbakiewicz@spzoz-lubartow.pl) lub telefonicznie 81-855 28 07 wew.431