MODELLO SEGNALAZIONE WHISTLEBLOWING

# DA UTILIZZARE SOLO IN CASO DI IMPOSSIBILITA’ DI INOLTRO A MEZZO PIATTAFORMA INFORMATICA WHISTLEBLOWING

**(DISPONIBILE SUL SITO WEB DELL’ASL VITERBO NELLA SEZIONE**

# AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE- ALTRI CONTENUTI-PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE-WHISTLEBLOWING) raggiungibile attraverso il seguente link:

# <https://aslviterbo.contrasparenza.it/trasparenza/contenuto/967/piattaforma-di-whistleblowing>

# SEGNALAZIONE WHISTLEBLOWING

### Al RPCT della ASL VITERBO

**Il/la sottoscritto/a**:

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

ai sensi del D. Lgs 10 marzo 2023, n. 24 quanto segue:

|  |
| --- |
| **DATI DEL SEGNALANTE** |
| **Nome** |  |
| **Cognome** |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **Qualifica / servizio attuale in ASL VITERBO** |  |
| **Incarico (Ruolo) attuale in ASL VITERBO** |  |
| **Servizio / Struttura di servizio attuale in ASL VITERBO** |  |
| **Incarico (Ruolo) di servizio all’epoca del fatto segnalato in ASL VITERBO** |  |
| **Servizio / Struttura di servizio all’epoca del fatto segnalato in ASL VITERBO** |  |
| **Specificare se il Segnalante è dipendente dell’Asl Viterbo o di altra PA in posizione di comando/distacco o altro**Oppure **-lavoratore autonomo che svolge la propria attività lavorativa presso la Asl di Viterbo****-dipendente o collaboratore che svolge la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore di terzi;****- libero professionista o consulente che presta la propria attività presso la Asl di Viterbo;****-volontario o tirocinante che presta la propria attività presso la Asl di Viterbo****-persona con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso la Asl di Viterbo** |  |
| **Telefono** |  |
| **Email per le comunicazioni al di fuori della Piattaforma*****NB. Per ragioni di sicurezza, l’indirizzo mail non può******coincidere con l’indirizzo di posta istituzionale di ASL VITERBO assegnato al dipendente/collaboratore*** |  |

**Se la segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti compilare la seguente tabella:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Soggetto cui è stata effettuata la segnalazione****(es., Procura della Repubblica, Corte dei Conti, A.N.AC., etc.)** | **Data della segnalazione** | **Stato / Esito della segnalazione** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATI E INFORMAZIONI SULLA CONDOTTA ILLECITA** |
| **Ente in cui si è verificato il fatto** |  |
| **Periodo in cui si è verificato il fatto** |  |
| **Data in cui si è verificato il fatto** |  |
| **Luogo fisico in cui si è verificato il fatto** |  |
| **Circostanze in cui si è verificato il fatto o perpetrata/tentata la condotta** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  S**oggetto che ha commesso il fatto Nome, cognome, qualifica***(possono essere inseriti più nomi)* |  |
| **Eventuali soggetti privati coinvolti** |  |
| **Eventuali imprese coinvolte** |  |
| **Modalità con cui è venuto a conoscenza del fatto** |  |
| **Eventuali altri soggetti che possono riferire sul fatto***(Nome, cognome, qualifica, recapiti)* |  |
| **UOC/UOS/UOSD/Dipartimento/Area / Servizio a cui può essere riferito il fatto o nel cui ambito è stata commessa la condotta** |  |
| **Descrizione del fatto** |  |
| **La condotta è illecita perché*****(facoltativo)*** | * penalmente rilevante;
* posta in essere in violazione del Codice di Comportamento e/o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare;
* idonea ad arrecare un pregiudizio patrimoniale a ASL VITERBO;
* idonea ad arrecare un pregiudizio all’immagine di ASL VITERBO;
* suscettibile di arrecare un danno alla salute o sicurezza dei dipendenti, utenti e cittadini, o di arrecare un danno all’ambiente;
* suscettibile di arrecare pregiudizio agli utenti o ai dipendenti o ad altri soggetti che svolgono la loro attività presso ASL VITERBO;
* altro
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **INTERESSI PERSONALI DEL SEGNALANTE*****In questo campo il segnalante deve dichiarare eventuali interessi personali che lo coinvolgono in relazione al segnalato o a quanto oggetto di segnalazione*** |  |
| **CONSENSO ALLA RIVELAZIONE DELLA IDENTITA’** ***COMPILAZIONE FACOLTATIVA*** | Il segnalante, laddove ne ricorra la necessità, e al fine di rendere utilizzabile la segnalazione nei confronti del segnalato nell’ambito del procedimento disciplinare,* Presta, fin da subito, il proprio consenso affinché sia rivelata la sua identità al segnalato;
* NON presta, fin da subito, il proprio consenso affinché sia rivelata la sua identità al segnalato, riservandosi, se del caso, di prestarlo in seguito.
 |

[Luogo e Data] , .

[Firma autografa del dichiarante per esteso, leggibile]

In caso di invio a mezzo PEC può essere sottoscritta con firma digitale.

Alla presente dichiarazione si allega:

* 1. Copia fotostatica del Documento di identità in corso di validità del dichiarante.
	2. Eventuale documentazione a corredo della segnalazione.