**ALL. A – MODULO PER LA SEGNALAZIONE DELLE VIOLAZIONI (WHISTLENLOWING)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME e COGNOME DEL SEGNALANTE *(indicare se elemento necessario)*** |  |
| CONTESTO LAVORATIVO, FUNZIONE |  |
| SEDE DI LAVORO |  |
| TEL/CELL |  |
| E‐MAIL |  |
| DATA/PERIODO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO |  |
| LUOGO FISICO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO: |  UFFICIO (indicare denominazione e indirizzo della struttura)  ALL’ESTERNO DELL’UFFICIO (indicare luogo ed indirizzo) |
| COMPLETA DESCRIZIONE DEGLI ATTI O DEI FATTI |  |
| PRESUNTO AUTORE/I DEGLI ATTI O DEI FATTI |  |
| PRESUNTI ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEGLI ATTI O DEI FATTI E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO |  |
| EVENTUALI ULTERIORI INFORMAZIONI UTILI AI FINI DELLA SUSSISTENZA DEI FATTI / ATTI SEGNALATI |  |
| EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE |  |

IL SOTTOSCRITTO………………………………………………………………… (*contrassegnare l’opzione dichiarata*)

🞎 DICHIARA l’assenza di qualsiasi interesse privato collegato alla segnalazione.

🞎 DICHIARA la sussistenza di un interesse privato collegato alla dichiarazione, di seguito evidenziato (*Descrizione dell’interesse*) …………………………………………………………………………….………..……………………..

🞎 CHIEDE di Mantenere riservata la propria identità e di avvalersi delle tutele previste per il whistleblower.

LUOGO, DATA

FIRMA…………………………………