Alla c.a.

**Responsabile per il Whistleblowing**

**del Consorzio Casalasco Servizi Sociali**

**Dati del segnalante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome cognome del segnalante |  |
| Ufficio/settore dove è collocato (se dipendente) |  |
| Qualifica /ruolo (se dipendente) |  |
| Rapporti intrattenuti con il Consorzio (fornitore, collaboratore etc..) |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Residenza |  |
| Telefono/cell. |  |
| E-mail |  |

**Informazioni sulla presunta condotta illecita**

|  |  |
| --- | --- |
| Data/ periodo in cui si è verificato il fatto |  |
| Luogo fisico in cui si è verificato il fatto |  |
| Soggetto/soggetti che ha commesso il fatto (nome, cognome, qualifica, ruolo) |  |
| Descrizione del fatto (condotta ed evento) |  |
| Altri eventuali ulteriori soggetti coinvolti (nome, cognome, qualifica, ruolo) |  |
| Altri eventuali soggetti a conoscenza del fatto e/o in grado di riferire sul medesimo (nome, cognome, qualifica, ruolo) |  |
| Modalità con cui è venuto a conoscenza del fatto |  |
| Ritengo che le azioni o omissioni commesse o tentate siano | Esempio:   * penalmente rilevanti; ­ * poste in essere in violazione del Codice Etico o di altre disposizioni; ­ * suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale al Consorzio; ­ * suscettibili di arrecare un pregiudizio all’immagine del Consorzio; ­ * altro (specificare) |
| Eventuali Allegati a sostegno della segnalazione |  |

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, il sottoscritto dichiara e attesta la veridicità delle informazioni contenute nella presente istanza. Il segnalante è 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 e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e presta il consenso al trattamento dei dati personali secondo la normativa privacy (Regolamento UE 679/16).

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_