

## KARTA ZGŁOSZENIA

Data zgłoszenia:

Imię i Nazwisko Zgłaszającego:

Stanowisko:

Miejsce pracy/komórka organizacyjna:

Dane kontaktowe:

Data zaistnienia nieprawidłowości/ naruszenia, data powzięcia wiadomości:

Wskazanie jakich regulacji wewnętrznych, przepisów prawa lub standardów zgłoszenie dotyczy:

OPIS przedmiotu naruszenia/zdarzenia: opis szczegółowo okoliczności oraz sposób w jaki uzyskano o nim wiedzę, z uwzględnieniem osób istotnych dla jego zaistnienia, wskazania czasu i miejsca ,wskazanie potencjalnych świadków (w tym osób z którymi dokonujący zgłoszenia kontaktował się w danej sprawie, inne istotne dla sprawy:

Wskazanie dowodów istotnych dla sprawy:

Charakter nieprawidłowości: podać obszar naruszenia z Procedury Zgłoszeń Wewnętrznych § 2 opisując nieprawidłowość\* zakreśl właściwe:

- niedopełnienie obowiązków
- nadużycie uprawnień
- naruszenie przepisów ( wskazać )
- inne jakie?

Potencjalni świadkowie nieprawidłowości: Imię i Nazwisko świadka, stanowisko, miejsce pracy /komórka organizacyjna.

Oświadczenie dokonującego zgłoszenia:

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:

1. Działam w dobrej wierze, nie w celu osiągnięcia korzyści,
2. Posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe,
3. Ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniam wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
4. Znana jest mi Procedura Zgłoszeń Wewnętrznych (Regulamin ).

Zapoznałam/em/ się:

Data i podpis zgłaszającego

Realizując obowiązek informacyjny dotyczący danych osobowych, zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679) z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Szpitala Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach . Dane kontaktowe: ul. Dworcowa 31, 44 – 145 Pilchowice , tel. 32/3319903, e – mail [szpital@szpital-pilchowice.pl](mailto:szpital@szpital-pilchowice.pl)
2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Pana Dawida Kaszuba, z którym można się kontaktować, w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych, poprzez pocztę elektroniczną [ido@szpital-pilchowice.pl](mailto:ido@szpital-pilchowice.pl), lub korespondencyjnie na adres Szpitala.
3. Dane osobowe w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679), w celach związanych ze zgłoszeniami naruszeń prawa/nieprawidłowości, podejmowania działań oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń (Dyrektywa 2019/1937).
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami tymi mogą być podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie i w granicach przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów przetwarzania, w tym w związku z możliwością dochodzenia roszczeń.
6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu: prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych.
7. Przysługuje Pani/Panu także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa UODO.
8. Pani/Pana dane nie będą poddane procesom zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.