



le Terrazze

Casa di Cura Privata per la Riabilitazione e Poliambulatori

MODULO DI SEGNALAZIONE WHISTLEBLOWING

PARTE I - DATI IDENTIFICATIVI DEL SEGNALANTE

NOME E COGNOME DEL SEGNALANTE	
QUALIFICA	
RESIDENZA	
TELEFONO CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL	

Si allega al presente modulo copia di documento di identità.

Luogo e data

Firma

Con la presente segnalazione il Segnalante, preso atto dell'informativa privacy resa disponibile sul sito Internet della Società, fornisce il consenso al trattamento dei dati personali su indicati ai sensi e nel rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati.



le Terrazze

Casa di Cura Privata per la Riabilitazione e Poliambulatori

MODULO DI SEGNALAZIONE WHISTLEBLOWING

PARTE II - OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

DATA DELL'EVENTO	
LUOGO DELL'EVENTO	
EVENTUALI ALTRI SOGGETTI CHE POSSANO RIFERIRE SUI FATTI OGGETTO DI SEGNALAZIONE (dati anagrafici, se conosciuti o ogni elemento idoneo all'identificazione)	
DICHIARAZIONE DA PARTE DEL SEGNALANTE DI EVENTUALI CONFLITTI DI INTERESSE	
OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE	
DESCRIZIONE DEL FATTO E DELLA CONDOTTA	
AUTORE/I DELLA CONDOTTA O FATTO SEGNALATO (dati anagrafici, se conosciuti, o ogni elemento idoneo all'identificazione)	



le Terrazze

Casa di Cura Privata per la Riabilitazione e Poliambulatori

EVENTUALI DOCUMENTI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE	
-----------------------------------------------------------------------	--

Luogo e data

Firma