

Oświadczenie sygnalisty

Poniższe oświadczenie jest niezbędne do przyjęcia Twojego zgłoszenia. Jeśli nie chcesz złożyć tego oświadczenia, skontaktuj się poprzez inny kanał zgłaszania naruszeń opisany w niniejszej Procedurze zgłoszeń wewnętrznych.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z Procedurą zgłaszania naruszeń prawa, podejmowania działań następczych oraz ochrony sygnalistów, która obowiązuje w SPZOZ Szpitalu Specjalistycznym Nr 1 w Bytomiu

2. Dokonując niniejszego zgłoszenia naruszeń:

- działałam w dobrej wierze;
- posiadam uzasadnione podejrzenie, że ujawniona informacja, a także każdy opisany w niej zarzut naruszenia prawa jest zasadny i prawdziwy;
- nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia jakichkolwiek korzyści;
- wszystkie przekazane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy,
- dokonując zgłoszenia ujawniłam/em wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia;
- zapoznałam/em się z zakresem przysługującej mi ochrony zgodnej z treścią obowiązującej w SPZOZ Szpitalu Nr 1 w Bytomiu Procedury.

data czytelny podpis sygnalisty.....
(nie dotyczy zgłoszenia anonimowego)