**Załącznik nr 2**

 **Do Regulaminu Zgłoszeń Wewnętrznych**

 **Szpitala św. Leona sp. z o.o.**

 **Opatów, dnia………………….**

**KARTA ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

1. Imię i nazwisko zgłaszającego:

..............................................................……………………………………...............................

2. Stanowisko lub funkcja:

…………………………………………………………………………………………………

3. Data oraz miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub data i miejsce pozyskania informacji

o nieprawidłowościach:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

4. Opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia

nieprawidłowości:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

5. Wskazanie osoby, której dotyczy zgłoszenie:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

6.Sposób w jaki zostały pozyskane informacje o naruszeniu:

…………………………………………………………………………………………………

7. Wskazanie ewentualnych świadków lub osób mających związek ze sprawą:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

8. Wskazanie ewentualnych dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które

mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania nieprawidłowości:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia:

……………………………………………………………

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na ujawnienie moich danych osobowych oraz innych

danych pozwalających na ustalenie mojej tożsamości.

…………………………………………………………

(data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia)

\* niepotrzebne skreślić