**Załącznik nr 1 do procedury zgłaszania przypadków nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**adres:ul. Witosa 7, 69-200 Sulęcin telefon: 95 755 9522e-mail: sygnalista@szpital-sulecin.plhttp:// [http://bip.wrota.lubuskie.pl](http://bip.wrota.lubuskie.pl/)/spzozsulecin/  |
| **Karta Informacyjna**  |
| **Nazwa sprawy: Zgłaszanie naruszeń/ nieprawidłowości**  |
| **I. Podstawa Prawna** Zarządzenie nr 7 z dnia 23.03.2022r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie |
| **II. Opis ogólny (zakres przedmiotowy)**osoba fizyczna może dokonać zgłoszenia informacji o naruszeniu prawa uzyskaną w kontekście związanym z pracą, a mianowicie:a) pracownik, także w przypadku, gdy stosunek pracy już ustał;b) osoba ubiegająca się o zatrudnienie, która uzyskała informację o naruszeniu prawa w procesie rekrutacji lub negocjacji poprzedzających zawarcie umowy;c) osoba świadcząca pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej;d) przedsiębiorca;e) osoba świadczącą pracę pod nadzorem i kierownictwem wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej;f) stażysta;g) wolontariusz. |
| **III. Wymagane dokumenty**  (załącznik do karty informacyjnej)  |
| **IV. Opłaty**  brak  |
| **V. Termin załatwienia sprawy**  - do sześciu miesięcy  |
| **VI. Miejsce załatwienia sprawy: SP ZOZ ul. Witosa 7, budynek Księgowości pokój nr 2** należy podać właściwy adres, pokój, piętro  |
| **VII. Godziny pracy 7:25- 15:00**należy podać godziny urzędowania  |
| **VIII. Jednostka odpowiedzialna:**  **Pełnomocnik Dyrektora ds. informowania o nieprawidłowościach** |
|  |
| **IX. Uwagi** Formy zgłaszania nieprawidłowości/kanały zgłaszania: - za pomocą poczty elektronicznej na adres: „sygnalista@szpital-sulecin.pl” w zaszyfrowanym pliku. Szyfr do  pliku należy przekazać pracownikowi osobiście lub telefonicznie., - w formie listownej na adres: SPZOZ ul. Witosa 7, 69-200 Sulęcin z dopiskiem na kopercie „zgłoszenie  nieprawidłowości”, „Pełnomocnik Dyrektora ds. informowania o nieprawidłowościach – do rąk własnych” - osobiście lub telefonicznie do Pełnomocnika Dyrektora ds. informowania o nieprawidłowościach w SPZOZ (nr tel. 95 7559522). Pełnomocnik, do którego osobiście lub telefonicznie zgłoszono nieprawidłowość dokumentuje zgłoszenie w formie karty zgłoszenia. - poprzez wypełnienie formularza zgłoszenia nieprawidłowości dostępnego na stronie internetowej http://bip.wrota.lubuskie.pl/spzozsulecin/, E-mail nie będzie zawierał danych identyfikujących typu IP i będzie kierowany na dedykowaną skrzynkę mailową do wyznaczonej w SPZOZ osoby.  |
| **Klauzula informacyjna** link: …..  |

 **Załącznik nr 1 do karty informacyjnej**

 **Karta zgłoszenia**

 (załącznik do karty informacyjnej )

1. Imię i nazwisko (nie wymagane w przypadku zgłoszenia anonimowego)

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

2. Stanowisko lub funkcja (nie wymagane w przypadku zgłoszenia anonimowego) ………………………………………………………………………………………………………………………………..……

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. Wskazanie ewentualnych świadków

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Wskazanie ewentualnych dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania nieprawidłowości

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………..……..

 data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia

 (nie dotyczy zgłoszenia w formie anonimu)

**Załącznik nr 2 do procedury**

**Formularz zgłoszenia wewnętrznego dotyczącego naruszenia prawa w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie**

1. Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………………….
2. Status zgłaszającego wraz z podaniem dat związania z pracodawcą (SPZOZ w Sulęcinie):

[ ]  pracownik (nawet gdy stosunek pracy już ustał)

[ ]  osoba ubiegająca się o zatrudnienie, która uzyskała, informację o naruszeniu prawa w procesie rekrutacji lub negocjacji poprzedzających zawarcie umowy

[ ]  osoba świadcząca pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej,

[ ]  przedsiębiorca,

[ ]  osoba świadcząca pracę pod nadzorem i kierownictwem wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy, w tym na podstawie umowy cywilnoprawnej

[ ]  stażysta

[ ]  wolontariusz

od …………………………………………. do ………………………………………………

1. Data oraz miejsce pozyskania informacji o naruszeniu prawa

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

1. Opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia naruszenia prawa, data oraz miejsce, wskazanie ewentualnych świadków, wskazanie ewentualnych dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania naruszenia prawa

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

1. Dane osoby/osób, której/których dotyczy zgłoszenie\*

……………………………………………………………………………………………………………………………

*\*jeśli mowa o osobie, której dotyczy zgłoszenie – należy przez to rozumieć osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, wskazaną w zgłoszeniu jako osoba, która dopuściła się naruszenia prawa lub z którą osoba ta jest powiązana;*

**Wyrażam zgodę na ujawnienie moich danych osobowych oraz innych danych pozwalających na ustalenie mojej tożsamości:** [ ] TAK [ ]  NIE

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia mam uzasadnione podstawy sądzić, że będąca przedmiotem zgłoszenia informacja o naruszeniu prawa jest prawdziwa w momencie dokonywania zgłoszenia, i że informacja taka stanowi informacje o naruszeniu prawa.

Adres właściwy do kontaktu (w celu wysłania potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia, występowania o dodatkowe informacje, przekazywania informacji zwrotnej)……………………………………………………………………………………………..………

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

data i czytelny podpis zgłaszającego

Na podstawie art. 13 RODO informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jestSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie

2. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze i wyjątkowo art. 6 ust. 1 lit. a – Pani/Pana zgoda.

3. Przysługują Pani/Panu, z zastrzeżeniem przepisów RODO: prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych; prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do żądania usunięcia danych osobowych, prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu - nie dłużej niż 5 lat od dnia przyjęcia zgłoszenia.

5. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty i osoby uprawnione do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa lub umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.

6. Podanie danych osobowych (poza danymi osobowymi przekazanymi na podstawie zgody) jest niezbędne do przyjęcia zgłoszenia i realizacji obowiązków prawnych przez Administratora.

7. Szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych można znaleźć pod adresem: <http://bip.wrota.lubuskie.pl>/spzozsulecin/ W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt osobisty/listowny: SPZOZ w Sulęcinie ul. Witosa 7, telefoniczny: 95 755 3139 lub sekretariat.zozsul@gamil.com

 **Załącznik nr 3 do procedury**

**REJESTR ZGŁOSZEŃ WEWNĘTRZNYCH**

**w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie**

(okres przechowywania – 5 lat od dnia przyjęcia zgłoszenia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr sprawy** | **Data dokonania zgłoszenia** | **Data potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia** | **Przedmiot naruszenia** | **Podjęte działania następcze** | **Data zakończenia sprawy** | **Data przekazania informacji zwrotnej** | **Załączniki do zgłoszenia/****uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |