*Allegato 1*

***MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE***

***(c.d. Whistleblower)***

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA o PERIODO IN CUI E’ VERIFICATO IL FATTO:** | *(gg/mm/aaaa)* |
| **LUOGO FISICO IN CUI SI E’ VERIFICATO IL FATTO:** | * UFFICIO

*(indicare denominazione e indirizzo della struttura)** ALL’ESTERNO DELL’UFFICIO

*(indicare luogo ed indirizzo)* |
| **DESCRIZIONE DEL FATTO (CONDOTTA ED EVENTO):** |  |
| **AUTORE/I DEL FATTO:** |  |
| **ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO:** |  |
| **EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE:** | ***1)******2)******3)******………………….*** |

Con la compilazione dei campi sottostanti si esprime il consenso a rivelare la propria identità nelle modalità previste dal “regolamento per le segnalazioni”

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME E COGNOME DEL SEGNALANTE** |  |
| **QUALIFICA O POSIZIONE PROFESSIONALE** |  |
| **SEDE DI SERVIZIO** |  |

**INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” si informa che tutti i dati forniti saranno trattai esclusivamente per le finalità istituzionali connesse. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell’ASST Santi Paolo e Carlo, con sede in Milano, Via di Rudinì 18.

Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. È garantito l’esercizio dei diritti previsti dall’art. 7 e dall’art. 8 del D.Lgs. 196/2003.