**FORMULARZ PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA   
w ZAKŁADZIE GOSPODARKI KOMUNALNEJ SP. Z O. O. w Andrychowie**

|  |  |
| --- | --- |
| ***DATA SPORZĄDZENIA*** | |
|  | |
| ***ZGŁOSZENIE IMIENNE*** | |
| IMIĘ I NAZWISKO:  STANOWISKO / FUNKCJA:  DANE KONTAKTOWE: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***JAKIEGO OBSZARU NARUSZEŃ PRAWA DOTYCZY TWOJE ZGŁOSZENIE?*** | |
| □ korupcji  □ zamówień publicznych  □ usług, produktów i rynków finansowych  □ przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu  □ bezpieczeństwa produktów i ich zgodności z wymogami  □ bezpieczeństwa transportu,  □ ochrony środowiska,  □ ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa jądrowego,  □ bezpieczeństwa żywności i pasz,  □ zdrowia i dobrostanu zwierząt,  □ zdrowia publicznego,  □ ochrony konsumentów,  □ ochrony prywatności i danych osobowych,  □ bezpieczeństwa sieci i systemów teleinformatycznych,  □ interesów finansowych Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej, jednostki samorządu   terytorialnego oraz Unii Europejskiej,  □ rynku wewnętrznego Unii Europejskiej, w tym publicznoprawnych zasad konkurencji i pomocy   państwa oraz opodatkowania osób prawnych,  □ konstytucyjnych praw wolności człowieka i obywatela – występujące w stosunkach jednostki z  z organami władzy publicznej i niezwiązane z dziedzinami wskazanymi powyżej | |
| ***TREŚĆ ZGŁOSZENIA***  *PROSZĘ OPISAĆ SZCZEGÓŁOWO SWOJE PODEJRZENIA ORAZ OKOLICZNOŚCI ICH ZAJŚCIA, ZGODNIE Z POSIADANĄ WIEDZĄ:*   * *Proszę podać dane osób/komórek organizacyjnych, które dopuściły się naruszeń/których dotyczy zgłoszenie (nazwiska, stanowiska).* * *Proszę podać dane osób, które mogły stać się ofiarami naruszenia.* * *Jakich zachowań/działań dotyczy zgłoszenie?* * *Kiedy doszło do naruszenia? Czy trwa ono nadal?* * *Czy powiadomiono już kogoś w tej sprawie? Jeśli tak to kogo* *(np. osoby w Urzędzie, media, inne władze)?* * *Czy istnieją relacje pomiędzy wskazanymi powyżej osobami?* * *Jakie skutki spowodowały lub mogą spowodować opisane naruszenia?* | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. ***DOWODY***   *W przypadku dysponowania dowodami (dokumenty, zeznania świadków, wiadomości email, smsy, inne wiadomości elektroniczne, zdjęcia, nagrania, inne) potwierdzającymi okoliczności przytoczone w zgłoszeniu, proszę o ich wskazanie i dołączenie* | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |

………………………………………………………………………..

*data i podpis osoby dokonującej zgłoszenia*