

ALLEGATO 1 alla “Procedura whistleblowing”
Azienda farmaceutica municipalizzata di Busto Garolfo
15 gennaio 2025

**MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE DA PARTE DEI
DIPENDENTI/COLLABORATORI/TERZI**

(c.d. whistleblower)

NOME E COGNOME DEL SEGNALANTE	
QUALIFICA O POSIZIONE PROFESSIONALE	
SEDE DI SERVIZIO	
E-MAIL/RECAPITO TELEFONICO	
SE LA SEGNALAZIONE E' STATA già effettuata ad altri soggetti chiarire il nominativo del soggetto interessato; la data della segnalazione; l'esito della segnalazione	
DATA/PERIODO IN CUI SI E' VERIFICATO IL FATTO	
LUOGO FISICO IN CUI SI E' VERIFICATO IL FATTO	
SOGGETTO/I CHE HA/HANNO COMMESSO IL FATTO (NOME, COGNOME, QUALIFICA)	
EVENTUALI SOGGETTI ULTERIORI COINVOLTI (imprese, privati)	
MODALITA' CON CUI E' VENUTO A CONOSCENZA DEL FATTO	
EVENTUALI ALTRI SOGGETTI CHE POSSONO RIFERIRE SUL FATTO (nome, cognome, recapiti)	
DESCRIZIONE DEL FATTO (è possibile allegare documenti a corredo della segnalazione)	

