**MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE**

**(c.d. whistleblower)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA/PERIODO IN CUI SI è VERIFICATO IL FATTO:** | gg/mm/aaaa |
| **LUOGO FISICO IN CUI SI è VERIFICATO IL FATTO**: | * **UFFICIO**

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

(indicare luogo ed indirizzo) |
| **SEGNALANTE** | **SCEGLIERE una delle seguenti opzioni alternative fra loro** □ Dipendente pubblico □ Dipendente di ente pubblico economico o di ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico □ Lavoratore o collaboratore di imprese fornitrici di beni o servizi o di imprese che realizzano opere in favore dell’amministrazione pubblica |
| **NATURA DELLE AZIONI/OMISSIONI COMMESSE O TENTATE**: | * penalmente rilevanti;
* poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare;
* suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all’amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;
* suscettibili di arrecare un pregiudizio alla immagine dell’amministrazione;
* altro (specificare)
 |
| **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: |  |

La compilazione dei campi sottostanti indica il consenso a rivelare **immediatamente** la propria identità

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