



RSA in ambiente protesico - Nucleo Alzheimer

RSA di mantenimento

Centro diurno di II^ livello - Nucleo Alzheimer

Autorizzazione al funzionamento 5/J del 18/07/2017

Struttura Accreditata Istituzionalmente





“Per valutare la prospettiva di una persona anziana sdraiata sul suo letto e guardate ciò che vedete” (Moyra Jones)

Rev 0 2023

AII. 1 – MODULO PER LE SEGNALAZIONI DELLE VIOLAZIONI

DATI IDENTIFICATIVI DEL SEGNALANTE	
COGNOME E NOME	
DENOMINAZIONE SOCIETÀ	
OCCUPAZIONE/FUNZIONE	
TELEFONO	
E-MAIL	

SEGNALAZIONE CONDOTTA	
IL FATTO È RIFERITO A: (barrare una o più caselle)	<input type="checkbox"/> Reclutamento del personale <input type="checkbox"/> Contratti <input type="checkbox"/> Concessione di vantaggi economici comunque denominati <input type="checkbox"/> Concessione di altri tipi di vantaggi <input type="checkbox"/> Nomine, promozioni e deleghe <input type="checkbox"/> Autorizzazioni <input type="checkbox"/> Ispezioni <input type="checkbox"/> Rapporti con la P.A., Ufficiali Pubblici ecc. <input type="checkbox"/> Pagamento agevolativo richiesto <input type="checkbox"/> Pagamento agevolativo effettuato <input type="checkbox"/> Pagamento estorto <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____
DATA DELL'EVENTO	
LUOGO DELL'EVENTO	
SOGGETTO/I CHE HA/HANNO COMMESSO IL FATTO	
AREA/FUNZIONE AZIENDALE	
EVENTUALI SOGGETTI PRIVATI COINVOLTI	
EVENTUALI IMPRESE COINVOLTE	
EVENTUALI PUBBLICI UFFICIALI O P.A. COINVOLTI	
MODALITÀ CON CUI È VENUTO A CONOSCENZA DEL FATTO	
EVENTUALI ALTRI SOGGETTI CHE POSSONO RIFERIRE SUL FATTO (nome, cognome, qualifica, recapiti)	
AMMONTARE DEL PAGAMENTO O ALTRA UTILITÀ/BENEFICIO	
CIRCOSTANZE OGGETTIVE DI VIOLENZA O MINACCIA	

 **Sede:** Via Aurelia di Levante, 59
 **Tel:** 0185.51617
 **Fax:** 0185.56650
 **P.IVA:** 01116000991

| 16035 Rapallo (GE)

 **web:** www.villasorrisorapallo.it
 **email:** residenzavillasorriso@virgilio.it
 **pec:** villasorriso@legalmail.it
 **Codice Fiscale:** 03741650109



RSA in ambiente protesico - Nucleo Alzheimer

RSA di mantenimento

Centro diurno di II^ livello - Nucleo Alzheimer

Autorizzazione al funzionamento 5/J del 18/07/2017

Struttura Accreditata Istituzionalmente

"Per valutare la prospettiva di una persona anziana sdraiata sul suo letto e guardate ciò che vedete" (Moyra Jones)

Rev 0 2023

DESCRIZIONE DEL FATTO

--

IL FATTO È ILLECITO PERCHÉ:
(barrare una o più caselle)





- È penalmente rilevante
- Viola la Politica aziendale, il Codice Etico o altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare
- Arreca un danno patrimoniale all'Organizzazione
- Arreca un danno di immagine all'Organizzazione
- Viola le norme ambientali e di sicurezza sul lavoro
- Costituisce un caso di mala-gestione delle risorse
- Comporta una discriminazione nei confronti del segnalante
- Altro, specificare _____

N.B. Allegare, oltre al presente modulo, l'eventuale documentazione a corredo.

Con l'invio l'utente acconsente al trattamento dei dati personali indicati nel presente modulo

Data e luogo

Firma del Segnalante

 **Sede:** Via Aurelia di Levante, 59
 **Tel:** 0185.51617
 **Fax:** 0185.56650
 **P.IVA:** 01116000991

| 16035 Rapallo (GE)

 **web:** www.villasorrisorapallo.it
 **email:** residenza villasorriso@virgilio.it
 **pec:** villasorriso@legalmail.it
 **Codice Fiscale:** 03741650109