

**MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE  
(c.d. whistleblower)**

<b>DATA/PERIODO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO:</b>	gg/mm/aaaa
<b>LUOGO FISICO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>UFFICIO</b> (indicare denominazione e indirizzo della struttura)  <input checked="" type="checkbox"/> <b>ALL'ESTERNO DELL'UFFICIO</b> (indicare luogo ed indirizzo)
<b>SEGNALANTE</b>	<b>SCEGLIERE una delle seguenti opzioni alternative fra loro</b>  <input type="checkbox"/> Dipendente pubblico  <input type="checkbox"/> Dipendente di ente pubblico economico o di ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico  <input type="checkbox"/> Lavoratore o collaboratore di imprese fornitrici di beni o servizi o di imprese che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica
<b>NATURA DELLE AZIONI/OMISSIONI COMMESSE O TENTATE:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> penalmente rilevanti;  <input checked="" type="checkbox"/> poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare;  <input checked="" type="checkbox"/> suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;  <input checked="" type="checkbox"/> suscettibili di arrecare un pregiudizio alla immagine dell'amministrazione;  <input checked="" type="checkbox"/> altro (specificare)
<b>DESCRIZIONE DEL FATTO: (CONDOTTA ED EVENTO)</b>	
<b>AUTORE/I DEL FATTO:</b>	
<b>ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO:</b>	
<b>EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE:</b>	

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

<b>NOME E COGNOME DEL SEGNALANTE:</b>	
<b>QUALIFICA O POSIZIONE PROFESSIONALE:</b>	
<b>SEDE DI SERVIZIO:</b>	