



**PROCEDURA WHISTLEBLOWING**

NOME E COGNOME DEL SEGNALANTE	
QUALIFICA O POSIZIONE PROFESSIONALE	
SEDE DI SERVIZIO	
TEL/CELL	
E-MAIL	
DATA/PERIODO IN CUI SI E' VERIFICATO IL FATTO	
LUOGO FISICO IN CUI SI E' VERIFICATO IL FATTO	<input type="checkbox"/> UFFICIO <i>(indicare denominazione e indirizzo della struttura)</i>  <input type="checkbox"/> ALL'ESTERNO DELL'UFFICIO <i>(indicare luogo ed indirizzo)</i>
RITENGO CHE LE AZIONI OD OMISSIONI COMMESSE O TENTATE SIANO:	<input type="checkbox"/> Penalmente rilevanti; <input type="checkbox"/> Poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare; <input type="checkbox"/> Suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico; <input type="checkbox"/> Altro <i>(specificare)</i> _____ _____ _____
DESCRIZIONE DEL FATTO (CONDOTTA ED EVENTO)	



AUTORE/I DEL FATTO	1 _____ 2 _____ 3 _____
ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO	1 _____ 2 _____ 3 _____
EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE	1 _____ 2 _____ 3 _____

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da inviare esclusivamente a mezzo posta elettronica all'indirizzo: [whistleblowing@na.camcom.it](mailto:whistleblowing@na.camcom.it).