

....., dnia .....  
(miejscowość)

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIAŁAŃ ODWETOWYCH

Formularz służy zgłaszaniu zachowań / działań odwetowych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach.

Podane informacje są objęte poufnością na zasadach określonych w procedurze dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów i podejmowania działań następczych.

1. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej działania odwetowe

.....  
.....

2. Stanowisko lub funkcja

.....  
.....

3. Dane kontaktowe (*e-mail, nr telefonu – do wyboru przez zgłaszającego*)

.....  
.....

4. Kiedy zachowania /działania odwetowe wystąpiły /miały miejsce (*przybliżona data oraz miejsce zaistnienia działań odwetowych lub data i miejsce pozyskania informacji o działaniach odwetowych*)

.....  
.....

5. Opis zachowań, działań, sytuacji, okoliczności, które doprowadziły do działań odwetowych (*wskazanie w związku z jakim zgłoszeniem naruszenia prawa wystąpiły działania odwetowe*)

.....  
.....

6. Osoba pokrzywdzona – jeżeli dotyczy (*zgłoszenie może być złożone w swoim imieniu lub jako świadek*)

.....  
.....

7. Wskazanie osoby / osób, która / re dopuściła/ ły się zachowań, działań odwetowych lub przyczynił/ły się do ich wystąpienia (*imię i nazwisko, stanowisko służbowe*)

.....  
.....

8. Wskazanie świadka / świadków (*imię i nazwisko, stanowisko służbowe*), który może potwierdzić wystąpienia opisanego zachowania / zachowań, działań, sytuacji i okoliczności

.....  
.....

9. Wskazanie ewentualnych dokumentów, dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które mogą okazać się pomocne w procesie stwierdzenia zachowań / działań odwetowych

.....  
.....

10. Wskazanie zachowania / zachowań, działań odwetowych, które miały miejsce:

(*zaznacz właściwe pole*):

- odmowie nawiązania stosunku pracy,
- wypowiedzeniu lub rozwiązaniu bez wypowiedzenia stosunku pracy,
- nie zawarciu umowy o pracę na czas określony lub umowy o pracę na czas nieokreślony po rozwiązaniu umowy o pracę na okres próbny, nie zawarciu kolejnej umowy o pracę na czas określony lub nie zawarciu umowy o pracę na czas nieokreślony po rozwiązaniu umowy o pracę na czas określony – w przypadku, gdy sygnalista miał uzasadnione oczekiwanie, że zostanie z nim zawarta taka umowa,
- obniżeniu wysokości wynagrodzenia za pracę,
- wstrzymaniu awansu albo pominięciu przy awansowaniu,
- pominięciu przy przyznawaniu innych niż wynagrodzenie świadczeń związanych z pracą lub obniżeniu wysokości tych świadczeń,
- przeniesieniu na niższe stanowisko pracy,
- zawieszeniu w wykonywaniu obowiązków pracowniczych lub służbowych,
- przekazaniu innemu pracownikowi dotychczasowych obowiązków sygnalisty,
- niekorzystnej zmianie miejsca wykonywania pracy lub rozkładu czasu pracy,
- negatywnej ocenie wyników pracy lub negatywnej opinii o pracy,
- nałożeniu lub zastosowaniu środka dyscyplinarnego, w tym kary finansowej, lub środka o podobnym charakterze,
- przymusie, zastraszaniu lub wykluczeniu,
- mobbingu,
- dyskryminacji,
- niekorzystnym lub niesprawiedliwym traktowaniu,
- wstrzymaniu udziału lub pominięciu przy typowaniu do udziału w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe,
- nieuzasadnionym skierowaniu na badania lekarskie, w tym badania psychiatryczne, chyba że przepisy odrębne przewidują możliwość skierowania pracownika na takie badania,
- działaniu zmierzającym do utrudnienia znalezienia w przyszłości pracy w danym sektorze lub w danej branży na podstawie nieformalnego lub formalnego porozumienia sektorowego lub branżowego,
- spowodowaniu straty finansowej, w tym gospodarczej, lub utraty dochodu,
- wyrządzeniu innej szkody niematerialnej, w tym naruszeniu dóbr osobistych, w szczególności dobrego imienia sygnalisty.
- inne:

.....  
.....

11. Dokładny opis niewłaściwego zachowania / zachowań, działania / działań, którego/rych dopuściła/dopuszcili się lub do wystąpienia którego/rych dopuściła/dopuszcili się wskazana/wskazani w zgłoszeniu osoba/osoby (pracownik / pracownicy)

.....  
.....

12. Oświadczenie osoby dokonującej zgłoszenia:

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:

- 1) posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji działania, zachowania odwetowe są prawdziwe,
- 2) ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zachowań, działań odwetowych,
- 3) znana jest mi treść „Procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach”.

.....  
(podpis osoby dokonującej zgłoszenia)