

**Przekazanie informacji osobie ubiegającej się o pracę na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku prawnego stanowiącego podstawę świadczenia pracy lub usług lub pełnienia funkcji, lub pełnienia służby o procedurze zgłoszeń wprowadzonej zgodnie z ustawą z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów (Dz. U. z 2024 r., poz. 928), obowiązującej w Stołecznym Centrum Opiekuńczo- Lecznicznym Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, na etapie rozpoczęcia rekrutacji lub negocjacji poprzedzających zawarcie umowy.**

1. W Stołecznym Centrum Opiekuńczo- Lecznicznym Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, obowiązuje procedura zgłoszeń wprowadzona zgodnie z ustawą z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów (Dz. U. z 2024 r., poz. 928), stanowiąca Załącznik nr 1 do Uchwały Zarządu Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Lecznicznego Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, nr 118/IX/2024 z dnia 18 września 2024 r. Pełna treść dokumentu Polityka Antykorupcyjna i Zasady Zgłaszania Naruszenia Prawa, w tym Nadużyć i Nieprawidłowości oraz Podejmowania Działań Następczych w Stołecznym Centrum Opiekuńczo – Lecznicznym Sp. z o. o. w Warszawie, dostępna jest w siedzibie Biura Zarządu Spółki.

2. Sygnalista (Zgłaszający) może zgłosić naruszenie prawa, w tym nieprawidłowości oraz nadużycia, na podane poniżej kanały komunikacji:

- adres e-mail: [zgloszenia@scol.warszawa.pl](mailto:zgloszenia@scol.warszawa.pl)

- adres korespondencyjny: Biuro Zarządu Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Lecznicznego Sp. z o. o. – w Warszawie, 03-131, ul. Mehoffera 72/74 z adnotacją „Zgłoszenie- Do rąk własnych.”

W załączeniu Formularz Zgłoszenia Naruszenia Prawa oraz Nieprawidłowości/Nadużycia

....., dnia.....

Imię i nazwisko Sygnalisty (zgłaszającego)

.....

.....

Komórka organizacyjna/nazwa firmy (jeżeli dotyczy)

.....

Telefon kontaktowy i email

.....

Adres korespondencyjny do kontaktu Sygnalisty (zgłaszającego)

.....

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NARUSZENIA PRAWA ORAZ  
NIEPRAWIDŁOWOŚCI/NADUŻYCIA**

1. Zgłoszenie naruszenia prawa/nadużycia/nieprawidłowości polegającej na (zaznaczyć):
2. podejrzenie wyłudzenia środków,
3. związane z dokumentami (przerobienie, podrobienie, itp.)
4. podejrzenie konfliktu interesów
5. korupcja
6. kumoterstwo,
7. nepotyzm,
8. korzyść osobista,
9. korzyść majątkowa,
10. naruszenie zasad zamówień publicznych
11. naruszenie procedur wewnętrznych Spółki
12. inne (opisz jakie)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Przez kogo zostało popełnione naruszenie prawa, nadużycie, nieprawidłowość (imię i nazwisko, komórka organizacyjna, wskazanie osoby lub podmiotu współpracującego i pozostających w relacjach ze Spółką, stanowisko, ):

.....  
.....

3. Kiedy zdarzenie opisane powyżej miało miejsce (data, godzina):

.....

.....  
.....

4. Gdzie zdarzenie opisane powyżej miało miejsce:

.....  
.....  
.....

5. Opis zdarzenia:

.....  
.....  
.....  
.....

6. Świadczenie zdarzenia:

.....  
.....  
.....

7. Dowody i/lub okoliczności, które mogą służyć weryfikacji zgłoszenia

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stołeczne Centrum Opiekuńczo- Lecznicze Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74, w celu prowadzenia postępowania wyjaśniającego, w zakresie danych podanych w formularzu.

.....  
podpis

