

SEGNALAZIONE DI VIOLAZIONI

(c.d. Whistleblowing)

INFORMAZIONI UTILI

- Considera che il presente modulo vuole essere di ausilio per facilitarti nell'effettuazione delle segnalazioni, pertanto la sua compilazione integrale non è vincolante. Tuttavia, un maggior numero di informazioni e l'allegazione di documenti consentirà una gestione più efficace della segnalazione.
- Sappi che, nel caso in cui tu non voglia identificarti e la segnalazione risulti dunque anonima, il presente modulo verrà consegnato alla Società del Gruppo Omnia interessata dalla segnalazione affinché provveda alla sua gestione secondo modalità ordinarie, fermo il riconoscimento delle tutele del segnalante nel caso in cui tu venga eventualmente identificato in futuro.
- Nel caso in cui tu preferisca effettuare la segnalazione oralmente, anziché per iscritto, puoi chiedere un incontro con il gestore, anche tramite il presente modulo.
- Il gestore si impegna a riscontrare e dare seguito alla segnalazione con tempestività. Tuttavia, chiunque ha diritto a prendersi una pausa pertanto considera che, se effettui una segnalazione durante il mese di agosto o in concomitanza con le festività, è possibile che il riscontro subisca un lieve ritardo, ma verrà inviato quanto prima.
- Ricorda che le segnalazioni infondate effettuate con dolo o colpa grave sono vietate e assumono rilevanza disciplinare, pertanto verranno comunicate alla Società del Gruppo Omnia interessata dalla segnalazione, compresa l'identità del segnalante, per le conseguenti determinazioni di competenza.

DATI DEL SEGNALANTE

Nome _____

Cognome _____

Dove vuoi ricevere le informazioni relative alla gestione della segnalazione?

Scegli uno tra i seguenti punti di contatto:

- ☐ E-mail _____
- ☐ P.E.C. _____
- ☐ Indirizzo _____

Abbi cura di NON indicare un indirizzo di posta elettronica aziendale, accessibile alla Società o comunque un indirizzo di contatto che possa compromettere la riservatezza della tua identità.

A quale Società si riferisce la segnalazione?

- ☐ Omnia Hospital Office S.r.l.
- ☐ Arga Medicali S.r.l.
- ☐ Omnia Cardiovascular S.r.l.

Che rapporto avevi con la Società all'epoca dei fatti oggetto della segnalazione?

Precisa anche la tua mansione lavorativa o l'oggetto del tuo incarico di consulenza/collaborazione

- ☐ Dipendente _____
- ☐ Lavoratori autonomi _____
- ☐ Collaboratori _____
- ☐ Liberi professionisti e consulenti _____
- ☐ Volontari e tirocinanti _____
- ☐ Soci _____
- ☐ Persona con funzioni di amministrazione,
direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza _____

Il rapporto di lavoro è ancora in essere o è cessato?

Rapporto instaurato il _____

☐ Tuttora in corso☐ Cessato il _____ con attuale posizione lavorativa _____**RICHIESTA DI INCONTRO CON IL GESTORE**☐ **Desidero organizzare un incontro con il gestore del canale di segnalazione**

Indica eventuali preferenze relative a data e luogo dell'incontro:

DATI SULLA VIOLAZIONE SEGNALATA**Quando sei venuto a conoscenza dei fatti?**☐ Nel periodo di lavoro o in occasione di altra tipologia di rapporto con la Società☐ Durante il periodo di prova☐ Durante la fase di selezione**La segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti?**☐ Se sì, a chi? Com'è stata gestita?

☐ Se no, perché?

Cosa riguarda la violazione?☐ Violazione del Modello☐ Illecito ai sensi del d.lgs. 231/2001**Chi è il presunto responsabile della violazione?**

Nome _____

Cognome _____

Ruolo/incarico _____

Quando si sono verificati i fatti oggetto della segnalazione?

Precisa a quando risale la presunta violazione, se e quando si è già conclusa o se è ancora in corso

Descrivi i fatti oggetto della violazione e indica ogni informazioni utile a tua conoscenza:

Indica se qualcun altro è a conoscenza dei fatti oggetto della segnalazione:
Precisa la sua mansione lavorativa e/o il rapporto esistente tra voi

Indica e allega eventuali documenti a supporto della tua segnalazione:

Luogo _____
Data _____
Firma _____