

Sei un dipendente di Clinica Villa Rizzo S.r.l., un lavoratore autonomo o un titolare di un rapporto di collaborazione coordinata e continuativa o un libero professionista o un consulente o che presta la propria attività per Clinica Villa Rizzo S.r.l., un volontario o un tirocinante retribuito o meno che svolge la propria attività presso Clinica Villa Rizzo S.r.l., una persona con funzioni di amministrazione, controllo, vigilanza e rappresentanza presso la Società, un lavoratore o collaboratore di un'impresa o ente fornitore di beni o servizi o che realizza opere in favore di Clinica Villa Rizzo S.r.l. e vuoi segnalare un illecito?

È importante sapere che:

- 1 - per presentare la segnalazione/comunicazione e per effettuare le successive integrazioni deve essere utilizzato un unico canale;
- 2 - non devono essere presentate duplicazioni della stessa segnalazione.

Attenzione!

Si informa che le segnalazioni effettuate in forma anonima non sono considerate dal D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 e sono trattate come segnalazioni ordinarie. Tali segnalazioni potranno essere successivamente integrate con le generalità del segnalante ai fini di acquisire l'eventuale tutela legale. Si informa che, laddove dalla segnalazione emergessero profili di rilievo penale e di danno erariale, Clinica Villa Rizzo S.r.l. provvederà a trasmettere la segnalazione alla competente Autorità Giudiziaria.

Modulo per la segnalazione di condotte illecite ai sensi del Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24

1 – Segnalazione

1.1 - Segnalante * dato obbligatorio
Inserire le seguenti opzioni alternative fra loro <input type="checkbox"/> Dipendente di Clinica Villa Rizzo S.r.l. <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo o collaboratore coordinato e continuativo che svolge la propria attività presso Clinica Villa Rizzo S.r.l. <input type="checkbox"/> Libero professionista o consulente che svolge la propria attività presso Clinica Villa Rizzo S.r.l. <input type="checkbox"/> Lavoratore o collaboratore che svolge la propria attività presso soggetti del settore pubblico o del settore privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore di Clinica Villa Rizzo S.r.l. <input type="checkbox"/> Volontario o tirocinante, retribuito o non retribuito, che svolge la propria attività presso Clinica Villa Rizzo S.r.l.
1.1.1 - Indica qualifica e mansione lavorativa all'epoca dei fatti segnalati * dato obbligatorio
1.1.2 - Indica attuale qualifica e mansione lavorativa
Da compilare solo se i dati non coincidono con quelli all'epoca dei fatti segnalati
1.2 - Tipologia di condotta illecita * dato obbligatorio
<input type="checkbox"/> illeciti amministrativi <input type="checkbox"/> illeciti contabili <input type="checkbox"/> illeciti civili <input type="checkbox"/> illeciti penali <input type="checkbox"/> condotte illecite rilevanti ai sensi del D. Lgs. n. 231/2001 <input type="checkbox"/> violazione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo previsto dal D. Lgs. n. 231/2001 <input type="checkbox"/> illeciti commessi in violazione della normativa dell'UE indicata nell'allegato 1 al d.lgs. n. 24/2023 e di tutte le disposizioni del diritto nazionale che ne danno attuazione <input type="checkbox"/> atti ed omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione europea (art. 325 del TFUE lotta contro la frode e le attività illegali che ledono gli interessi finanziari dell'UE) come individuati nei regolamenti, direttive, decisioni, raccomandazioni e pareri dell'UE <input type="checkbox"/> atti ed omissioni riguardanti il mercato interno che compromettono la libera circolazione delle merci, delle persone, dei servizi e dei capitali (art. 26, par. 2 del TFUE) <input type="checkbox"/> atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni dell'Unione Europea nei settori sopra indicati <input type="checkbox"/> Altro
1.3 - Indica il periodo temporale in cui si è verificato il fatto * dato obbligatorio
Indica il periodo (e se possibile la data) in cui si sono verificati i fatti oggetto della segnalazione.

1.4 - Durata della condotta illecita * dato obbligatorio
Inserire le seguenti opzioni, alternative fra loro <input type="checkbox"/> La condotta illecita si è conclusa <input type="checkbox"/> La condotta illecita è ancora in corso <input type="checkbox"/> La condotta illecita si verifica ripetutamente
1.5 - Soggetti privati coinvolti nell'accaduto * dato obbligatorio
Inserire le seguenti opzioni, alternative fra loro: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.6 Elenco soggetti coinvolti nell'accaduto
Se hai selezionato "sì", compila i campi sottostanti. Indica chi sono i soggetti, persone fisiche, coinvolte nell'accaduto a qualunque titolo aggiungendo tutti i dettagli che ritieni possano essere utili per finalità di verifica e indagine.
1.6.1 – Nome #1
1.6.2 – Cognome #1
1.6.3 - Amministrazione, ente o azienda per cui o con cui lavora il soggetto coinvolto (Clinica Villa Rizzo S.r.l. o altro ente) #1
Indica l'Ente o l'Azienda per cui o con cui lavora il soggetto indicato
1.6.4 - Qualifica rivestita dal soggetto coinvolto in Clinica Villa Rizzo S.r.l. o in altro ente da cui dipende #1
Inserire le seguenti opzioni <input type="checkbox"/> Componente dell'organo di gestione o di controllo <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Collaboratore o Consulente <input type="checkbox"/> Altro
1.6.5 - Ruolo che il soggetto coinvolto ha avuto nell'accaduto #1
1.6.6 - Numero di telefono #1
1.6.7 - Indirizzo E-mail #1
1.6.8 - Ha tratto beneficio economico dall'accaduto? #1

Inserire le seguenti opzioni, alternative fra loro: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.6.9 - A tuo avviso possiamo contattare il soggetto per richiedere ulteriori informazioni, senza pregiudicare la riservatezza della verifica della segnalazione? #1
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.6.10 - Note #1

Eventuale: Aggiungi soggetto coinvolto

1.6.1 – Nome #2
1.6.2 – Cognome #2
1.6.3 - Amministrazione, ente o azienda (Clinica Villa Rizzo S.r.l. o altro ente) per cui o con cui lavora il soggetto coinvolto #2
Indica l'Ente o l'Azienda per cui o con cui lavora il soggetto indicato
1.6.4 - Qualifica rivestita dal soggetto coinvolto - Qualifica rivestita dal soggetto coinvolto in Clinica Villa Rizzo S.r.l. o in altro ente da cui dipende #2
Inserire le seguenti opzioni <input type="checkbox"/> Componente dell'organo di gestione o di controllo <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Collaboratore o Consulente <input type="checkbox"/> Altro
1.6.5 - Ruolo che il soggetto coinvolto ha avuto nell'accaduto #2
1.6.6 - Numero di telefono #2
1.6.7 - Indirizzo E-mail #2
1.6.8 - Ha tratto beneficio economico dall'accaduto? #2
Inserire le seguenti opzioni, alternative fra loro: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

1.6.9 - A tuo avviso possiamo contattare il soggetto per richiedere ulteriori informazioni, senza pregiudicare la riservatezza della verifica della segnalazione? #2
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.6.10 - Note #2
1.7 - Imprese coinvolte nell'accaduto * dato obbligatorio
Inserire le seguenti opzioni, alternative fra loro:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.7 - Elenco imprese coinvolte nell'accaduto
Se hai selezionato "sì", compila i campi sottostanti
1.7.1 – Ragione sociale dell'impresa coinvolta #1
Indica il nome dell'impresa
1.7.2 - Tipologia Impresa #1
Indica la tipologia di impresa
<input type="checkbox"/> Società a responsabilità limitata <input type="checkbox"/> Società per azioni <input type="checkbox"/> Società in nome collettivo <input type="checkbox"/> Società in accomandita semplice <input type="checkbox"/> Consorzio <input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> Non so
1.7.3 - Indirizzo sede legale #1
1.7.4 - Partita IVA #1
1.7.5 - Rappresentate legale o altro soggetto dell'impresa coinvolto nell'accaduto #1
Indica il rappresentante legale o direttore dell'impresa coinvolto nell'accaduto
1.7.6 - Ruolo dell'impresa nell'accaduto #1
Indica quale è stato il ruolo dell'impresa nell'accaduto

1.7.7 - Numero di telefono #1
1.7.8 - Indirizzo E-mail #1
1.7.9 – Sito web #1
1.8 - Descrizione dei fatti * dato obbligatorio
Si prega di inserire una risposta lunga almeno 50 caratteri.
1.9 - Hai già presentato a Clinica Villa Rizzo S.r.l. altre segnalazioni sugli stessi fatti?
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.9.1 Se Sì, attraverso quali modalità?
<input type="checkbox"/> Cartacea <input type="checkbox"/> Orale per via telefonica <input type="checkbox"/> Orale tramite incontro <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
1.9.2 In che data?

2 – Altri soggetti informati

2.1 Segnalazione ad altra Autorità o Istituzione * dato obbligatorio
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2.1.1 Se hai selezionato “no”, indica perché non l’hai fatto

2.1.2 Se hai selezionato “sì”, indica:
Indica a quale Autorità o Istituzione ti sei rivolto
2.1.2.1 A quale Autorità o istituzione ti sei già rivolto #1
<input type="checkbox"/> Corte dei conti <input type="checkbox"/> Autorità Giudiziaria <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Guardia di Finanza <input type="checkbox"/> Ispettorato per la Funzione pubblica <input type="checkbox"/> Altre Forze di Polizia
2.1.2.2 Data della segnalazione #1
2.1.2.3 Estremi di registrazione dell’esposto #1
Numero e anno di protocollazione da parte dell’autorità
2.1.2.4 Hai dialogato con qualcuno in particolare? #1
Indica se hai parlato con qualcuno in particolare presso l’autorità a cui ti sei già rivolto
2.1.2.5 Esito della segnalazione #1
2.1.2.6 Vuoi condividere una copia dell’esposto? #1
2.1.2.7 Nome dei files dell’esposto allegati alla segnalazione #1

Eventuale: Aggiungi Autorità a cui hai già fatto una segnalazione

2.1 Segnalazione ad altra Autorità o Istituzione * dato obbligatorio
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2.1.1 Se hai selezionato “no”, indica perché non l’hai fatto
2.1.2 Se hai selezionato “sì”, indica:
Indica a quale Autorità o Istituzione ti sei rivolto
2.1.2.1 A quale Autorità o istituzione ti sei già rivolto #1
<input type="checkbox"/> Corte dei conti <input type="checkbox"/> Autorità giudiziaria

<input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Guardia di Finanza <input type="checkbox"/> Ispettorato per la Funzione pubblica <input type="checkbox"/> Altre Forze di Polizia
2.1.2.2 Data della segnalazione #1
2.1.2.3 Estremi di registrazione dell'esposto #1
Numero e anno di protocollazione da parte dell'autorità
2.1.2.4 Hai dialogato con qualcuno in particolare? #1
Indica se hai parlato con qualcuno in particolare presso l'autorità a cui ti sei già rivolto
2.1.2.5 Esito della segnalazione #1
2.1.2.6 Vuoi condividere una copia dell'esposto? #1
2.1.2.7 Nome dei files dell'esposto allegati alla segnalazione #1

3 – Allegati

3.1 - Evidenze documentali	
Indicare le evidenze documentali allegate alla segnalazione	
3.1.1 - File allegati alla segnalazione	
3.1.1.1 - Denominazione file	3.1.1.2 - Descrizione contenuto

3.1.2 - Evidenze multimediali allegati alla segnalazione	
3.1.2.1 - Denominazione evidenze multimediali	3.1.2.2 - Descrizione contenuto

4 – Ulteriori informazioni

4.1 - Con quali modalità sei venuto a conoscenza del fatto?
4.2 - Puoi indicare altri soggetti che possono riferire sul fatto?
<input type="checkbox"/> Sì
<input type="checkbox"/> No
4.2.1 - Se hai selezionato “no”, indica perché non l’hai fatto
4.2.2 - Se hai selezionato “si”, indica: #1
Indica altri soggetti che possono riferire sul fatto
4.2.2.1 - Nome #1
4.2.2.1 - Cognome #1
4.2.2.3 - Amministrazione, ente di appartenenza, impresa di appartenenza #1
4.2.2.4 - Qualifica #1

Eventuale: Aggiungi altro soggetto

4.2.2 - Se hai selezionato “si”, indica: #2
Indica altri soggetti che possono riferire sul fatto
4.2.2.1 - Nome #2

4.2.2.1 - Cognome #2
4.2.2.3 - Amministrazione, ente di appartenenza, impresa di appartenenza #2
4.2.2.4 - Qualifica #2

Eventuale: Aggiungi altro soggetto

4.2.2 - Se hai selezionato "sì", indica: #3
Indica altri soggetti che possono riferire sul fatto
4.2.2.1 - Nome #3
4.2.2.1 - Cognome #3
4.2.2.3 - Amministrazione, ente di appartenenza, impresa di appartenenza #3
4.2.2.4 - Qualifica #3
4.3 - Hai parlato con qualcuno dell'accaduto?
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
4.3.1 - Se sì, con chi?
<input type="checkbox"/> Colleghi <input type="checkbox"/> Famiglia <input type="checkbox"/> Sindacato <input type="checkbox"/> Amici <input type="checkbox"/> Il mio superiore <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Altre autorità <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Nessuno
4.3.2 - Cosa ne pensano e/o che consigli ti hanno dato?
4.4 Conosci la dimensione economica del contratto e/o appalto e/o transazione inerente all'illecito?

Inserisci l'ammontare anche approssimativo
4.5 Conosci l'ammontare economico dell'illecito?
Inserisci l'ammontare anche approssimativo
4.6 - È in atto un contenzioso amministrativo, civile o contabile in relazione ai fatti segnalati?
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
4.7 - Puoi fornirci informazioni utili per verificare la veridicità della tua segnalazione?
Se fornirai informazioni e istruzioni dettagliate per coadiuvare nostra attività di verifica della veridicità della segnalazione sarà più veloce e facile potere intervenire

5 – Identità

5.1. - Vuoi fornire le tue informazioni identificative?
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
5.2 - Fornisci le tue informazioni identificative
Fornire le generalità del segnalante
5.2.1 - Nome * dato obbligatorio
5.2.2 - Cognome * dato obbligatorio
5.2.3 - Genere * dato obbligatorio
<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna
5.2.4 - Data di nascita * dato obbligatorio
5.2.5 - Luogo di nascita * dato obbligatorio
5.2.6 - Codice fiscale * dato obbligatorio

5.2.7 - Residenza
5.2.8 - Indirizzo * dato obbligatorio
5.2.9 - Codice postale * dato obbligatorio
5.2.10 - Città * dato obbligatorio
5.2.11 - Regione * dato obbligatorio
5.2.12 - Stato * dato obbligatorio
5.2.13 - Numero di telefono * dato obbligatorio
5.2.14 - Indirizzo E-mail * dato obbligatorio
5.2.15 - Attuale mansione lavorativa
5.2.16 - Attuale responsabilità lavorativa (ruolo)
5.2.17 - Attuale unità organizzativa e sede di lavoro
5.2.18 - Mansione lavorativa all'epoca dei fatti segnalati
5.2.19 - Responsabilità lavorativa (ruolo) all'epoca dei fatti segnalati
5.2.20 - Unità organizzativa e sede di lavoro all'epoca dei fatti riportati

6 – Altri Soggetti collegabili al segnalante e per le quali trovano applicazione le tutele del *Whistleblowing*

6.1. – Ci sono altre persone che hanno un legame con te e che sono a conoscenza della tua iniziativa di segnalazione o che sarebbero comunque collegate alla tua iniziativa di segnalazione e per le quali ritieni debbano essere applicate le misure di tutela e protezione previste dal D. Lgs. n. 24/2023 e richiamate dalla Procedura per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite adottata da Clinica Villa Rizzo S.r.l.?
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6.2 – Se hai risposto sì, indica a quali delle seguenti categorie appartengono
<input type="checkbox"/> Facilitatori, vale a dire le persone fisiche che ti assistono nel processo di segnalazione, che operano all'interno del medesimo contesto lavorativo di Clinica Villa Rizzo S.r.l. e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata <input type="checkbox"/> Persone del tuo contesto e che sono a te legate da stabile legame affettivo o di parentela entro il 4° grado <input type="checkbox"/> Tuoi colleghi che hanno un rapporto di lavoro abituale e corrente <input type="checkbox"/> Ente diverso da Clinica Villa Rizzo S.r.l. presso il quale lavori <input type="checkbox"/> Ente che opera nel tuo medesimo contesto lavorativo e che ha un legame che può essere rintracciato e in ragione di questo legame, connessione o interrelazione potrebbe subire misure ritorsive a seguito della tua segnalazione
6.3 Elenco soggetti che hanno un legame con te e che verrebbero collegate con la tua iniziativa di segnalazione
Se hai selezionato "sì", compila i campi sottostanti. Indica chi sono i soggetti che hanno un legame con te e che sono a conoscenza della tua iniziativa di segnalazione o che verrebbero comunque collegate alla tua iniziativa di segnalazione e per le quali ritieni debbano essere applicate le misure di tutela e protezione previste dal D. Lgs. n. 24/2023 e richiamate dalla Procedura per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite adottata da Clinica Villa Rizzo S.r.l.
6.3.1 – Categoria di appartenenza#1
Indica la categoria di appartenenza desumibile dall'elenco di cui al punto 6.2
6.3.2 – Nome (o denominazione per enti e soggetti giuridici) #1
6.3.3 – Cognome #1
6.3.4 - Genere (per le persone fisiche) #1
<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna
6.3.5 - Data di nascita (per le persone fisiche) #1

6.3.6 - Luogo di nascita (per le persone fisiche) #1
6.3.7 - Codice fiscale o partita IVA (per le società) #1
6.3.8 – Residenza o Sede legale (per enti e società) #1
6.3.9 - Indirizzo #1
6.3.10 - Codice postale #1
6.3.11 - Città #1
6.3.12 - Regione #1
6.3.13 - Stato #1
6.3.14 - Numero di telefono #1
6.3.15 - Indirizzo Email #1
6.3.16 – Ente presso il quale presta o ha prestato la propria attività rilevante ai fini del legame con te #1

Eventuale: Aggiungi un altro soggetto che ha un legame con te e per il quale ritieni debbano essere applicate le misure di tutela e protezione previste dal D. Lgs. n. 24/2023

6.3.1 – Categoria di appartenenza#2
Indica la categoria di appartenenza desumibile dall'elenco di cui al punto 6.2

6.3.2 – Nome (o denominazione per enti e soggetti giuridici) #2
6.3.3 – Cognome #2
6.3.4 - Genere (per le persone fisiche) #2
<input type="checkbox"/> Uomo
<input type="checkbox"/> Donna
6.3.5 - Data di nascita (per le persone fisiche) #2
6.3.6 - Luogo di nascita (per le persone fisiche) #2
6.3.7 - Codice fiscale o partita IVA (per le società) #2
6.3.8 – Residenza o Sede legale (per enti e società) #2
6.3.9 - Indirizzo #2
6.3.10 - Codice postale #2
6.3.11 - Città #2
6.3.12 - Regione #2
6.3.13 - Stato #2
6.3.14 - Numero di telefono #2
6.3.15 - Indirizzo E-mail #2
6.3.16 – Ente presso il quale presta o ha prestato la propria attività rilevante ai fini del legame con te #2

