



**AS FO**  
Azienda sanitaria  
Friuli Occidentale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

## MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE E/O IRREGOLARITÀ

Indicare, se si tratta di:

- Segnalazione ai sensi del d.lgs. del 10 marzo 2023 n. 24 (c.d. *Whistleblowing*)**
  - si intende mantenere riservata la propria identità e beneficiare delle tutele previste dal d.lgs. 24/2023
  
- Segnalazione ordinaria**
  - non si intende mantenere riservata la propria identità e beneficiare delle tutele previste dal d.lgs. 24/2023

## DESCRIZIONE DELLA PRESUNTA CONDOTTA ILLECITA

<p><b>Tipologia di condotta illecita</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Corruzione e cattiva amministrazione, abuso di potere</li> <li><input type="checkbox"/> Cattiva gestione delle risorse pubbliche e danno erariale</li> <li><input type="checkbox"/> Incarichi e nomine illegittime, anche in violazione del d.lgs. n. 39/2013</li> <li><input type="checkbox"/> Appalti illegittimi</li> <li><input type="checkbox"/> Concorsi illegittimi</li> <li><input type="checkbox"/> Conflitto di interessi</li> <li><input type="checkbox"/> Mancata attuazione della disciplina anticorruzione</li> <li><input type="checkbox"/> Violazioni della disciplina in materia di trasparenza</li> <li><input type="checkbox"/> Altro (indica breve descrizione della condotta illecita)</li> </ul>
<p><b>Indicare il periodo temporale in cui si è verificato il fatto</b> (periodo e se possibile la data in cui si sono verificati i fatti oggetto di segnalazione)</p>	
<p><b>Durata della condotta illecita</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La condotta illecita si è conclusa</li> <li><input type="checkbox"/> La condotta illecita è ancora in corso</li> <li><input type="checkbox"/> La condotta illecita si verifica ripetutamente</li> </ul>
<p><b>Descrizione dei fatti</b> (descrivere in maniera chiara la condotta illecita che si vuole segnalare e tutti gli elementi necessari alla sua valutazione)</p>	
<p>(aggiungere foglio a campo libero)</p>	



## 2. EVENTUALI SOGGETTI COINVOLTI

(Nota: compilare una scheda per ogni soggetto eventualmente coinvolto)

<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Amministrazione, Ente o Azienda per cui o con cui lavora il soggetto coinvolto</b> (indicare l'Ente o l'Azienda per cui o con cui lavora il soggetto indicato)	
<b>Qualifica rivestita dal soggetto coinvolto nell'amministrazione o ente di appartenenza</b>	<input type="checkbox"/> RPCT <input type="checkbox"/> Direttore <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Funzionario/Posizione Organizzativa/Responsabile <input type="checkbox"/> Dipendente (qualifica/professione) <hr/> <input type="checkbox"/> RUP/DEC <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>Ruolo che il soggetto coinvolto ha avuto nell'accaduto</b>	
<b>Numero di telefono</b>	
<b>Indirizzo email o PEC</b>	
<b>Ha tratto beneficio economico o di altro genere dall'accaduto?</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so
<b>E' possibile contattare il soggetto per richiedere ulteriori informazioni, senza pregiudicare la riservatezza della verifica della segnalazione?</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so

### 3. EVENTUALI IMPRESE COINVOLTE

(Nota: compilare una scheda per ogni soggetto eventualmente coinvolto)

<b>Ragione sociale dell'impresa coinvolta</b>	
<b>Tipologia Impresa</b>	<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
<b>Indirizzo sede legale</b>	
<b>Partita IVA/Codice fiscale</b>	
<b>Rappresentante legale o altro soggetto (direttore) dell'impresa coinvolto nell'accaduto</b>	
<b>Ruolo dell'impresa nell'accaduto</b>	
<b>Numero di telefono</b>	
<b>Indirizzo e-mail o PEC</b>	
<b>Sito web</b>	

#### 4. EVENTUALI ALTRI SOGGETTI INFORMATI

(Nota: compilare una scheda per ogni soggetto destinatario di una eventuale segnalazione)

<p><b>A quale Autorità o istituzione si è già rivolto?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Corte dei Conti</p> <p><input type="checkbox"/> Autorità giudiziaria</p> <p><input type="checkbox"/> Polizia</p> <p><input type="checkbox"/> Carabinieri</p> <p><input type="checkbox"/> Guardia di Finanza</p> <p><input type="checkbox"/> Ispettorato per la Funzione pubblica</p> <p><input type="checkbox"/> Altre Forze di Polizia</p>
<p><b>Data segnalazione</b></p>	
<p><b>Estremi di registrazione dell'episodio</b> (numero e anno di protocollazione da parte dell'Autorità)</p>	
<p><b>Esito della segnalazione</b></p>	

Se ha effettuato delle segnalazioni ad altri soggetti, lei preghiamo di allegarle alla presente segnalazione.

## 5. EVIDENZE DOCUMENTALI: File / documenti allegati alla segnalazione

Denominazione file	Descrizione contenuto

## 6. IDENTITÀ DEL SEGNALANTE

<b>Tipologia di segnalante</b> (Inserire le seguenti opzioni alternative fra loro)	
<input type="checkbox"/> Dipendente pubblico dell'Azienda <input type="checkbox"/> Dipendente pubblico in posizione di comando, distacco o situazioni analoghe presso l'Azienda <input type="checkbox"/> Lavoratore o collaboratore di imprese fornitrici di beni o servizi o imprese che realizzano opere in favore dell'Azienda	
<b>Nome e Cognome</b>	
<b>Data e luogo di nascita</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>Numero di telefono</b>	
<b>Indirizzo e-mail o PEC</b> (elemento necessario per il riscontro)	
<b>Attuale struttura di appartenenza</b>	
<b>Attuale qualifica e mansione lavorativa</b>	
<b>Struttura di appartenenza all'epoca del fatto segnalato</b>	
<b>Qualifica e mansione lavorativa all'epoca dei fatti segnalati</b>	



**6.1. Nel caso in cui il segnalante sia in posizione di comando, distacco o situazioni analoghe, compilare anche la seguente sezione**

<b>Amministrazione o Ente di appartenenza</b>	
<b>Tipologia Amministrazione/Ente</b>	<input type="checkbox"/> Ministero/Altri Enti Pubblici (INPS, INAIL, AdE, ecc..) <input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Comune capoluogo <input type="checkbox"/> Come non capoluogo <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Altra amministrazione
<b>Denominazione Amministrazione/Ente</b>	
<b>Indirizzo</b>	