

**Al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza
Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trapani
Piazza S. Agostino, 2 – 91100 TRAPANI**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Residente a _____ (Prov. _____)
in _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Recapito telefonico _____ E-mail _____
Nella qualità di _____ (indicare la qualifica professionale/rapporto con l'Ente)

Segnala quanto segue:

- Data in cui si è verificato il fatto:

- Luogo in cui si è verificato il fatto:

- Soggetto che ha commesso il fatto (Indicare nome, cognome e qualifica):

- Eventuali soggetti privati coinvolti:

- Eventuali imprese coinvolte:

- Modalità con cui si è venuto a conoscenza del fatto:

- Eventuali soggetti che possono riferire sul fatto (Indicare nome, cognome e qualifica):

- Descrizione del fatto:

- Eventuale documentazione probatoria a sostegno della segnalazione (allegare):
1. _____

(luogo e data) _____

(Firma)

Alla segnalazione va allegata -in busta separata e chiusa- la copia di un documento di riconoscimento del segnalante, nonché eventuale documentazione a corredo della denuncia.

Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003)
Inserire o far riferimento all'Informativa specifica whistleblowing