



# UNIwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny

im. L. Zamenhofs w Białymstoku

---

Załącznik nr 1 do Procedury wewnętrznej zgłaszania naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów w UDSK im. L. Zamenhofs w Białymstoku – Zarządzenie Nr 39/2024 Dyrektora UDSK z dnia 24.09.2024 r.

## ZGŁOSZENIE NARUSZENIA

### I. Osoba składająca Zgłoszenie - Sygnalista

1) **imię i nazwisko**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

2) **relacja względem instytutu/stanowisko służbowe:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

3) **dane kontaktowe:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

### II. Osoba pokrzywdzona – jeżeli dotyczy

1) **imię i nazwisko**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

2) **relacja względem instytutu/stanowisko służbowe:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

### III. Osoba, której działania lub zaniechania dotyczy Zgłoszenie:

1) **imię i nazwisko**

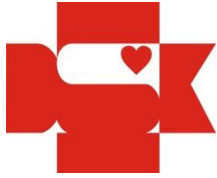
Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

2) **relacja względem instytutu/stanowisko służbowe:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.



Pełnomocnik ds. zgłoszeń naruszeń prawa  
15-274 Białystok, ul. Jerzego. Waszyngtona 17  
e-mail: [zgloszenie@udsk.pl](mailto:zgloszenie@udsk.pl)



**IV. Zgłaszane Naruszenie:**

**1) Opis zgłaszanego naruszenia:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**2) Miejsce i data wystąpienia Naruszenia:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**3) W jaki sposób doszło do wystąpienia Naruszenia:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**4) Z jakiego powodu doszło do Naruszenia – co było jego przyczyną:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**V. Dowody**

**1) Proszę wymienić dowody potwierdzające okoliczności wskazane w Zgłoszeniu:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**1) Proszę o wskazanie miejsca przechowywania wskazanych powyżej dowodów:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**1) Dokumenty dołączone do Zgłoszenia:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**VI. Informacje dodatkowe:**

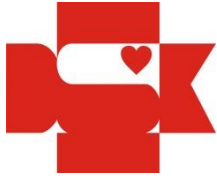
**1) data sporządzenia Zgłoszenia:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

**2) proponowany sposób kontaktu zwrotnego:**

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.





# UNIwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny

im. L. Zamenhofs w Białymstoku

---

3) Oświadczenie o wyrażeniu zgody na ujawnienie danych Sygnalisty osobom zaangażowanym w wyjaśnienie okoliczności wskazanych w Zgłoszeniu (należy zaznaczyć właściwe):

Wybierz element.

4) czytelny podpis osoby zgłaszającej (Sygnalisty):

.....



Pełnomocnik ds. zgłoszeń naruszeń prawa  
15-274 Białystok, ul. Jerzego. Waszyngtona 17  
e-mail: [zgloszenie@udsk.pl](mailto:zgloszenie@udsk.pl)