

Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 08/2024

Dyrektora DPS w Konstancinie-Jeziornie

**Oświadczenie pracownika o zapoznaniu się z przepisami Regulaminu zgłoszeń  
wewnętrznych naruszeń prawa i ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa  
w Domu Pomocy Społecznej w Konstancinie-Jeziornie**

dnia.....,

(imię i nazwisko pracownika)

(stanowisko)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią „Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych naruszeń prawa, i ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa w Domu Pomocy Społecznej w Konstancinie-Jeziornie”, wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora Domu Pomocy Społecznej nr 08/2024 i zobowiązuję się do przestrzegania postanowień tego Regulaminu.

(podpis pracownika)



9. Oświadczenie osoby dokonującej

zgłoszenia: *Oświadczam, że dokonując*

*niniejszego zgłoszenia:*

10. *działam w dobrej wierze,*

11. *posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe,*

12. *nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści,*

13. *ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłem wszystkie znane mi fakty i*

*okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,*

14. *znana jest mi treść Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych naruszeń prawa, i ochrony*

*osób zgłaszających naruszenia prawa w DPS w Konstancinie -Jeziornie*

15. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na ujawnienie tożsamości:

*Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia, wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\* na ujawnienie*

*mojej tożsamości osobom zaangażowanym w wyjaśnienie mojego zgłoszenia.*

## POUCZENIA

W przypadku ustalenia w toku postępowania wyjaśniającego, iż w zgłoszeniu naruszenia prawa świadomie podano nieprawdę lub zatajono prawdę, zgłaszający będący pracownikiem, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej określonej w przepisach Kodeksu Pracy. Zachowanie takie może być również zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych i jako takie skutkować rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia.

W przypadku zgłaszającego, świadczącego na rzecz DPS usługi lub dostarczającego towary, na podstawie umowy cywilnoprawnej, ustalenie dokonania fałszywego zgłoszenia naruszenia skutkować może rozwiązaniem tejże umowy i definitywnym zakończeniem współpracy pomiędzy stronami.

Niezależnie od skutków wskazanych powyżej, zgłaszający świadomie dokonujący fałszywego zgłoszenia naruszenia prawa może zostać pociągnięty do odpowiedzialności odszkodowawczej, w przypadku wystąpienia szkody po stronie Starostwa w związku z fałszywym zgłoszeniem.

(podpis osoby dokonującej zgłoszenia)

\*informacje obowiązkowe , \*\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych naruszeń prawa i ochrony osób  
zgłaszających naruszenia prawa w DPS w Konstancinie -Jeziornie

\_\_\_\_\_, dnia

## FORMULARZ PRZYJĘCIA TELEFONICZNEGO ZGŁOSZENIA NARUSZENIA

1.Imię i nazwisko osoby zgłaszającej\*

2 Stanowisko lub funkcja

3.Dane kontaktowe\*

4.Data oraz miejsce zaistnienia naruszenia lub data i miejsce pozyskania informacji o naruszeniu\*

5. Treść zgłoszenia - opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do naruszenia\* :

*Osoba przyjmująca zgłoszenie telefoniczne opisuje okoliczności naruszenia:*

- *dane osoby/osób, które dopuściły się naruszenia, których dotyczy zgłoszenie (nazwiska, stanowiska), dane osoby/osób, które mogły stać się ofiarami naruszenia,*
- *jakie zachowanie/działania/naruszenie zgłasza osoba dzwoniąca, kiedy mniej więcej się zaczęło naruszenie, czy naruszenie trwa nadal,*
- *czy zgłaszający powiadomił już kogoś o tej sprawie (kto to był), czy istnieją relacje pomiędzy wskazanymi powyżej osobami,*
- *jakie skutki spowodowały lub mogą spowodować zgłoszone naruszenie.*

6. Wskazanie osoby, której dotyczy zgłoszenie\*

7. Wskazanie ewentualnych świadków\*

8. Wskazanie ewentualnych dokumentów, dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania naruszenia\*

9. Pouczenie osoby dokonującej zgłoszenia telefonicznego:

Osoba dokonująca telefonicznego zgłoszenia oświadcza, że:

- a) *działa w dobrej wierze,*
- b) *posiada uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe,*
- c) *nie dokonuje ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści,*
- d) *ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,*
- e) *znana jest mi treść Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych naruszeń prawa i ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa w DPS w Konstancinie-Jeziornie*
- f) *wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\* na ujawnienie mojej tożsamości osobom zaangażowanym w wyjaśnienie mojego zgłoszenia.*

(podpis osoby

przyjmującej zgłoszenie telefoniczne)

\*informacje obowiązkowe , \*\*niepotrzebne skreślić





Załącznik nr 5 do Regulaminu zgłaszania naruszeń prawa i ochrony osób zgłaszających  
naruszenia prawa w DPS w Konstancinie-Jeziornie

\_\_\_\_\_ dnia

(pieczęć DPS)

Sz.P. \_\_\_\_\_

**FORMULARZ POTWIERDZENIA ZGŁOSZENIA**

Niniejszym potwierdzam, że Pani/Pana\* zgłoszenie zostało przyjęte i zarejestrowane pod  
nr sprawy: \_\_\_\_\_

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych ze zgłoszenia**

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) - dalej RODO, informujemy że: Administratorem Pani/Pana\* danych osobowych jest Dom Pomocy Społecznej z siedzibą w 05-510 Konstancin-Jeziorna, ul. Potulickich 1, adres e-mail: [dps@ceti.pl](mailto:dps@ceti.pl) tel. 22 756 41 36. Może Pan/Pani\* kontaktować się w sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy RODO z Administratorem z wykorzystaniem powyższych danych teleadresowych.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych ze zgłaszanymi przypadkami naruszenia na podstawie: obowiązku prawnego wynikającego z Dyrektywy z Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających przypadki naruszenia prawa Unii (Dz. Urz. UE L 305/17), (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c



RODO)/lub prawnie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest przyjmowanie, rozpatrywanie oraz wyjaśnianie zgłoszeń naruszeń prawa (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO). Pani/a\* dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat od dnia przyjęcia zgłoszenia. Administrator zapewnia poufności Pani/a\* danych, w związku z otrzymanym zgłoszeniem. W związku z tym dane mogą być udostępnione jedynie podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych. Posiada Pan/i\* prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/u\* także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane przez Administratora w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie stosowane wobec nich profilowanie.

Przysługuje Pani/Panu\* prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do rozpatrzenia Pani/Pana zgłoszenia. Niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości skutecznego rozpatrzenia zgłoszenia.

\* Niepotrzebne skreślić

(podpis osoby uprawnionej)

Załącznik nr 6 do Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych naruszeń prawa i ochrony  
osób zgłaszających naruszenia prawa w DPS w Konstancinie-Jeziornie

**UPOWAŻNIENIE**

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_

Działając na podstawie § ..... Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych naruszeń prawa i ochrony zgłoszeń osób zgłaszających naruszenia prawa Domu Pomocy Społecznej w Konstancinie-Jeziornie, upoważniam Panią/Pana\*:

(imię i nazwisko)

(stanowisko)

do przyjmowania i rozpatrywania zgłoszeń, podejmowania działań następczych w zakresie zgłoszeń naruszeń zgodnie z przepisami Regulaminu zgłoszeń wewnętrznych naruszeń prawa, i ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa w DPS Konstancin-Jeziorna.

Jednocześnie zobowiązuję Panią/Pana\* do przetwarzania danych osobowych zgodnie z niniejszym upoważnieniem, wydanym Pani/Panu upoważnieniem do przetwarzania danych osobowych oraz zgodnie z przepisami RODO.

Pouczam Panią/Pana\*, że osoba, która została upoważniona w powyższym zakresie obowiązana jest do zachowania tajemnicy.

Upoważnienie jest ważne przez okres Pani/Pana\* zatrudnienia u Pracodawcy lub do odwołania.

(podpis osoby uprawnionej do  
nadania upoważnienia)

\* Niepotrzebne skreślić.