

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |                                                        |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|  <p>ACSS<br/>AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA<br/>SOCIO SANITARIO LOMBARDO</p> |  <p>Regione<br/>Lombardia</p> | <p><b>“Modulo per la segnalazione di illeciti”</b></p> | <p>Cod: Pr.03<br/>Mod.01<br/>Rev: 00<br/>Data: 14/11/2024</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

**AL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DI ACSS**

☐ consegna a mano al RPCT

☐ invio e-mail a  
**Responsabile.anticorruzione@acsslombardia.it**

☐ invio posta ordinaria o posta interna – con busta chiusa indirizzata al RPCT di ACSS presso la sede di via Pola 12, 20124 Milano, con la dicitura RISERVATA PERSONALE.

NB. All'interno della busta inserire un'altra busta in cui porre la segnalazione con la dicitura “WHISTLEBLOWER”, per evitare aperture accidentali da parte degli addetti al protocollo.

**PARTE I**

**DATI DEL SEGNALANTE:**

|                                           |  |
|-------------------------------------------|--|
| Nome (*)                                  |  |
| Cognome (*)                               |  |
| Matricola                                 |  |
| Struttura di assegnazione (*)             |  |
| Recapito telefonico privato (facoltativo) |  |

**Allegare copia di documento d'identità in corso di validità del segnalante (\*)**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(\*) dati obbligatori per la trattazione della segnalazione.

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                           |                                                 |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <br><small>AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA<br/>SOCIO SANITARIO LOMBARDO</small> | <br>Regione<br>Lombardia | <b>“Modulo per la segnalazione di illeciti”</b> | Cod: Pr.03<br>Mod.01<br>Rev: 00<br>Data: 14/11/2024 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

**[da presentare contestualmente alla PARTE I]**

**PARTE II**

**CONTENUTO DELLA SEGNALAZIONE:**

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Indicazioni dell'autore o degli autori del fatto (*)</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Data o periodo in cui si è verificato il fatto (*)</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Luogo fisico in cui si è verificato il fatto (*)</b>                                                 | <input type="checkbox"/> ufficio<br>_____<br>indicare denominazione e indirizzo della struttura<br><input type="checkbox"/> all'esterno dell'ufficio<br>_____<br>indicare luogo e indirizzo                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Descrizione del fatto (condotta ed evento) (*)</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Altri eventuali soggetti a conoscenza del fatto e/o in grado di riferire sul medesimo</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Eventuali allegati a sostegno della segnalazione</b>                                                 | Se sì, elencare quali documenti sono allegati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Consenso alla comunicazione del proprio nome all'autore del fatto oggetto della segnalazione (*)</b> | <input type="checkbox"/> <b>SI (SEGNALAZIONE APERTA</b> – (l'identità del segnalante può essere riservata all'incolpato)<br><input type="checkbox"/> <b>NO (SEGNALAZIONE RISERVATA</b> – (l'identità del segnalante è riservata anche al RPCT, che può comunicarla solo all'ANAC, all'Autorità giudiziaria e ordinaria e contabile, alla Funzione Pubblica, in caso di legittima richiesta)                                                                      |
| <b>Tipologia del fatto (facoltativo)</b>                                                                | <input type="checkbox"/> penalmente rilevante;<br><input type="checkbox"/> posto in essere in violazione del Codice di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare;<br><input type="checkbox"/> suscettibile di arrecare un pregiudizio patrimoniale ad ACSS o ad altro ente pubblico;<br><input type="checkbox"/> suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine di ACSS;<br><input type="checkbox"/> altro (specificare)_____ |

Luogo e data \_\_\_\_\_

(\*) dati obbligatori per la trattazione della segnalazione.

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                           |                                                 |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <br><small>AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA<br/>SOCIO SANITARIO LOMBARDO</small> | <br><small>Regione<br/>Lombardia</small> | <b>“Modulo per la segnalazione di illeciti”</b> | Cod: Pr.03<br>Mod.01<br>Rev: 00<br>Data: 14/11/2024 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'ACSS saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'ACSS. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile nella Sezione Privacy presente nel sito istituzionale all'indirizzo: [www.acsslombardia.it](http://www.acsslombardia.it).

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dall'Ente è reperibile presso la sede dell'ACSS e può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'Ente ([dpo@acsslombardia.it](mailto:dpo@acsslombardia.it)) presenti nella Sezione privacy del sito istituzionale: [www.acsslombardia.it](http://www.acsslombardia.it).