***Segnalazione di whistleblowing ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023***

**MODULO N. 1**

**DATI DEL SEGNALANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome del segnalante:** |  |
| **Cognome del segnalante:** |  |
| **Numero di telefono/cellulare:** |  |
| **E-mail (non istituzionale):** |  |
| **Qualifica o posizione professionaleattuale** |  |
| **Sede di servizio attuale** |  |
| **Qualifica o posizione professionale all’epoca del fatto segnalato** |  |
| **Sede di servizio all’epoca del fatto segnalato** |  |

**Firma**

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o produzione di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del DPR 445/2000.**

**Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento.**