

**Al Responsabile della Prevenzione della  
Corruzione della Casa di Riposo di  
Noventa Padovana  
Via Roma, 143 – 35027  
Noventa Padovana (PD)**

**RISERVATA PERSONALE**

**MODULO DI SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. N. 24/2023**

**Dati del segnalante**

(I dati inseriti saranno trattati tutelando la riservatezza dell'identità del segnalante per tutto il procedimento di competenza)

COGNOME \* \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

\*\*e-mail \_\_\_\_\_ \*\* telefono \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI: (barrare l'opzione ricorrente)

- dipendente della Casa di Riposo di Noventa Padovana;
- lavoratore autonomo che svolge attività lavorativa presso la Casa di Riposo di Noventa Padovana;
- lavoratore o collaboratore che svolge attività lavorativa presso altri soggetti che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore della Casa di Riposo di Noventa Padovana;
- libero professionista o consulente che svolge la propria attività presso la Casa di Riposo di Noventa Padovana;
- volontario o tirocinante presso la Casa di Riposo di Noventa Padovana;
- partecipante alla procedura concorsuale e/o di selezione per il concorso/selezione per l'assunzione di ..... (indicare a quale concorso o selezione si fa riferimento) presso la Casa di Riposo di Noventa Padovana;
- dipendente il cui rapporto di lavoro presso la Casa di Riposo di Noventa Padovana è cessato per qualsiasi motivo (dimissioni, licenziamento, distacco, comando, etc.);

**Dati e informazioni Segnalazione Condotta Illecita**

Settore in cui si è verificato il fatto

\_\_\_\_\_

Periodo in cui si è verificato il fatto \_\_\_\_\_

Data in cui si è verificato il \_\_\_\_\_

Luogo fisico in cui si è verificato il fatto \_\_\_\_\_

Soggetto che ha commesso il fatto (nome, cognome, qualifica) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Settore di appartenenza \_\_\_\_\_

Eventuali soggetti privati coinvolti

Modalità con cui è venuto a conoscenza del fatto

Eventuali altri soggetti che abbiano avuto conoscenza del fatto

**Descrizione del fatto e specificare perché la condotta è illecita**

**Indicare se la segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti:**

Soggetto adito:

Data della segnalazione

Esito della segnalazione

La presente dichiarazione viene resa 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 DPR 445/2000.

Con l'invio del presente modulo si dichiara di aver preso visione dell'informativa presente sul sito web di Casa di Riposo di Noventa Padovana alla sezione "Documenti".

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

(Si allega copia del documento di identità in corso di validità)

\* *dati obbligatori*

\*\* *indicare i recapiti personali e non quelli istituzionali*