

*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 professionale attuale	
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.