

**Segnalazione di whistleblowing ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023****MODULO N. 1****DATI DEL SEGNALANTE**

<b>Nome del segnalante:</b>	
<b>Cognome del segnalante:</b>	
<b>Numero di telefono/cellulare:</b>	
<b>E-mail (non istituzionale):</b>	
<b>Qualifica o posizione professionale attuale</b>	
<b>Sede di servizio attuale</b>	
<b>Qualifica o posizione professionale all'epoca del fatto segnalato</b>	
<b>Sede di servizio all'epoca del fatto segnalato</b>	

Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I 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.