

FORMULARZ ZGŁOSZENIA INCYDENTU DYSKRYMINACJI / PRZEMOCY

Ważna informacja:

Wypełniony formularz należy wrzucić do **Specjalnej Skrzynki na Listy i Zgłoszenia**, znajdującej się w holu naszej placówki przy rejestracji. .

Zgłoszenie może mieć charakter **jawny** (z podaniem danych kontaktowych) lub **anonimowy**. Wypełnienie formularza jest dobrowolne, a zawarte w nim informacje objęte są pełną poufnością i służą wyłącznie wyjaśnieniu sprawy oraz poprawie jakości i bezpieczeństwa w naszej placówce.

1. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ *(wypełnij, jeśli chcesz otrzymać odpowiedź)*

- **Imię i nazwisko:**
- **Numer telefonu:**
- **Adres e-mail:**
- **Status zgłaszającego:**

☐ Pacjent / Pacjentka

☐ Opiekun / Członek rodziny pacjenta

☐ Świadek zdarzenia

☐ Osoba postronna

(Jeśli chcesz zachować pełną anonimowość, pozostaw powyższą sekcję pustą).

2. KATEGORIA ZGŁOSZENIA *(zaznacz właściwe)*

☐ Dyskryminacja / Nierówne traktowanie (np. ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, orientację seksualną, tożsamość płciową czy status społeczno-materialny)

☐ Przemoc domowa / krzywdzenie (poszukiwanie pomocy / wsparcia)

☐ Niewłaściwe zachowanie personelu lub innego pacjenta

☐ Bariery w dostępie do usług (architektoniczne, cyfrowe, komunikacyjne)

☐ Inne:

.....

.

3. OPIS INCYDENTU / SYTUACJI

Data i czas zdarzenia:

Miejsce zdarzenia:

Szczegółowy opis sytuacji:

(Opisz zwięźle, co się wydarzyło, kogo dotyczy zgłoszenie oraz jakie okoliczności towarzyszyły zdarzeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

4. OCZEKIWANIA / WNIOSKI ZGŁASZAJĄCEGO

(Co zdaniem Pana/Pani powinno zostać zrobione w tej sprawie? Np. kontakt ze strony koordynatora, podjęcie kroków wyjaśniających, udzielenie wsparcia/informacji)

.....

.....

Data wypełnienia formularza: / / 20..... r.

Podpis (opcjonalnie):

KLAUZULA INFORMACYJNA (RODO)

Wypełnij tylko w przypadku podania danych osobowych w sekcji nr 1:

1. **Administrator Danych:** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Ośrodek Zdrowia w Staninie Sp. z o.o.** z siedzibą w Staninie, Stanin 54a, 21-422 Stanin
2. **Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych (IOD):** W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się pod adresem e-mail: biuro.stanin@gmail.com
3. **Cel i podstawa prawna przetwarzania:** Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu rozpatrzenia zgłoszonego incydentu oraz podjęcia działań naprawczych/wyjaśniających w ramach realizacji Polityki Antydyskryminacyjnej oraz Standardów Równości Szans i Niedyskryminacji — na podstawie Pani/Pana zgody (*art. 6 ust. 1 lit. a RODO*) wyrażonej poprzez dobrowolne podanie danych w formularzu.
4. **Poufność i odbiorcy danych:** Podane dane będą przetwarzane w sposób poufny i nie będą udostępniane osobom nieupoważnionym. Dostęp do nich posiada wyłącznie wyznaczony Koordynator ds. Dostępności / Równego Traktowania oraz podmioty uprawnione do obsługi prawnej/informatycznej na podstawie umów powierzenia.
5. **Okres przechowywania danych:** Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do wyjaśnienia sprawy i zakończenia działań naprawczych, a następnie przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji (lub do momentu wycofania zgody).
6. **Prawa osoby:** Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) dostępu do treści swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
 - b) ich sprostowania (poprawiania), usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 - c) cofnięcia zgody w dowolnym momencie (co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej cofnięciem),
 - d) wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
7. **Dobrowolność podania danych:** Podanie danych jest **dobrowolne**. Zgłoszenie incydentu może zostać rozpatrzone również anonimowo, jednak podanie danych kontaktowych ułatwi kontakt i przekazanie informacji o wynikach postępowania wyjaśniającego.
- 8.