

## MODULO SEGNALAZIONE al Comitato Guida per la Parità di Genere

<b>Nome e Cognome del segnalante (NON OBBLIGATORIO)</b>	
<b>Qualifica o posizione professionale (NON OBBLIGATORIO)</b>	
<b>Tel/Cell (NON OBBLIGATORIO)</b>	
<b>e-mail (NON OBBLIGATORIO)</b>	
<b>DATA/PERIODO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO:</b>	
<b>LUOGO FISICO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO:</b>	REPARTO/UFFICIO (indicare denominazione e indirizzo della struttura)
	ALL'ESTERNO DELL'AZIENDA (indicare luogo ed indirizzo)
<b>RITENGO CHE LE AZIONI OD OMISSIONI COMMESSE O TENTATE SIANO:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• penalmente rilevanti;</li> <li>• realizzate in violazione della Politica Aziendale Parità di Genere, Diversità ed Inclusion e delle norme comportamentali previste dal sistema per la parità di genere;</li> <li>• suscettibili di arrecare un danno di natura psico-fisica ad un dipendente di ITAMEDICAL SRL</li> <li>• suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;</li> <li>• suscettibili di arrecare un pregiudizio alla reputazione di ITAMEDICAL;</li> <li>• altro (specificare)</li> </ul>

## MODULO SEGNALAZIONE al Comitato Guida per la Parità di Genere

<b>DESCRIZIONE DEL FATTO (CONDOTTA ED EVENTO)</b>	
<b>AUTORE/I DEL FATTO</b>	1) 2) 3)
<b>ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO</b>	1) 2) 3)
<b>EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE</b>	1) 2) 3)
<b>ALTRE INFORMAZIONI CHE POSSANO FORNIRE UN RISCONTRO DEI FATTI SEGNALATI</b>	