



Ordine degli  
Assistenti  
Sociali

Consiglio  
Regionale  
Lombardia

**SEGNALAZIONE DI  
WHISTLEBLOWING  
AI SENSI DEL D.LGS. N. 24/2023  
MODULO N. 1**

**All. 1-  
MODULO  
N. 1**



---

*ALL. 1 MODULO N. 1*

---

***SEGNALAZIONE DI WHISTLEBLOWING AI SENSI DEL  
D.LGS. N. 24/2023***

**MODULO N. 1**

**Documento:** All\_1 Modulon.1 Dati del segnalante

**File:** All\_1 WB Modulo n.1\_Dati del segnalante

**Approvazione:** delibera del Consiglio regionale dell'OAS Lombardia n. 20 del 11/02/2025

 <p>Ordine degli Assistenti Sociali</p> <p>Consiglio Regionale Lombardia</p>	<p><b>SEGNALAZIONE DI WHISTLEBLOWING AI SENSI DEL D.LGS. N. 24/2023</b></p> <p><b>MODULO N. 1</b></p>	<p><b>All. 1- MODULO N. 1</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

## **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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

**Documento:** All\_1 Modulo n.1 Dati del segnalante

**File:** All\_1 WB Modulo n.1\_Dati del segnalante

**Approvazione:** delibera del Consiglio regionale dell'OAS Lombardia n. 20 del 11/02/2025