Hospital del Mar Research Institute
Barcelona

FORMULARI D'INTERPOSICIÓ DE DENÚNCIA

* Els camps marcats amb un asterisc són obligatoris.

1. PERSONA QUE INFORMA DELS FETS	
Nom i cognoms	
Correu electrònic de contacte *	
Telèfon de contacte	
Categoria i torn	

2. DADES DE LA PERSONA DENUNCIADA	
Nom i cognoms *	
Correu electrònic de contacte	
Telèfon de contacte	
Categoria	

3. MOTIU DE LA DENÚNCIA	
Descripció del motiu de denúncia *	

4. DESCRIPCIÓ DELS FETS	
Incloure el relat dels fets denunciats, indicant dates i llocs (amb el màxim detall possible) *	

5. TESTIMONIS	
Si hi ha testimonis, indiqui els seus noms i cognoms	

6. DOCUMENTACIÓ

Adjuntar documents pel cas que es disposi de documentació que aporti proves

7. ACCEPTACIÓ NORMES D'ÚS I DECLARACIÓ DE BONA FE

☐ Sol·licito que es tingui per presentada la denúncia i s'iniciï el corresponent procediment intern *****.

☐ Manifesto conèixer les Normes d'ús del Canal de Denúncies així com he estat informat de la manera en què es tractaran les dades personals *****.

☐ Manifesto realitzar aquesta comunicació de bona fe i pels fets dels quals he tingut coneixement *****.

Enviar aquest formulari a: *canaldedenuncies@imim.es*