



SPITAL  
MUNICIPAL  
CAMPULUNG

PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND  
SEMNALAREA NEREGULARITATILOR

Ediția IV

Revizia 0

Pagina 1 din 20

Nr. ex. ; 1

Exemplar UNIC

NR.127/27.11.2023

APROBAT



DATA APROBĂRII

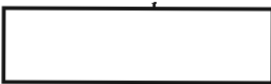

27. 11. 2023


SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG  
PROCEDURA PRIVIND  
SEMNALAREA NEREGULARITĂȚILOR

Cod: PS-SCIM 0105

Ediția. a IV-a


Revizia. 0

AVIZAT	ANALIZAT/ ÎNREGISTRAT	AVIZAT	ELABORAT
Președinte Comisie de Monitorizare	Secretariat Tehic	Conducătorul compartimentului în a cărei subordine se află inițiatorul procedurii:	Inițiatorul procedurii Responsabil procedura
Funcția Numele și 	Funcția Numele și prenumele Consilier SMCSS Cj.Linean Constantin	Funcția Numele și prenumele Referent de E. 	Funcția Numele și prenumele Consilier SMCSS Cj.Linean Constantin
Data: 27. 11. 2023	Data: 27. 11. 2023	Data: 27. 11. 2023	Data: 27. 11. 2023

Consilier Juridic Cj.Visoiu Gabriel	Viza juridica pentru conformitatea actelor juridice invocate	Semn  Data 27. 11. 2023
--	--	---


Prezenta procedura intră în vigoare începând cu data aprobării, și anulează procedura/le anterioare cu același specific.

Versiunea electronică aflată pe serverul spitalului este cea oficială. Orice copie electronică aflată pe alt suport sau orice versiune tipărită, alta decât exemplarul martor, sunt copii necontrolate.

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
NR.127/27.11.2023			Pagina 2 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

### Cuprins

Numărul componentei în cadrul procedurii de sistem	Denumirea componentei din cadrul procedurii de sistem
	Pagina de gardă
	Cuprins
1.	Scopul procedurii
2.	Domeniul de aplicare
3.	Documentele de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate
4.	Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați
5.	Descrierea activității sau procesului
6.	Responsabilități și răspunderi în derularea activității
7.	Formular de evidență a modificărilor edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor
8.	Formular de analiză a procedurii
9.	Formular de distribuire/difuzare
10.	Anexe și înregistrări

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
<b>NR.127/27.11.2023</b>			Pagina 3 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

### 1. Scopul procedurii:

1.1. Prezenta procedură stabilește modalitatea de semnalare a neregulilor întâlnite în cadrul **spitalului**, de către salariații instituției, persoanele/compartimentele implicate și responsabilitățile acestora, precum și măsurile de protecție a salariaților care sesizează/reclamă încălcări ale legii în cadrul **spitalului**, săvârșite de către persoane cu funcții de conducere sau de execuție din cadrul acestuia;

Semnalarea neregularităților constituie un factor cheie în promovarea normelor de etică și conduită, precum și în furnizarea unor servicii specifice unităților sanitare, de calitate, utile și eficiente pentru cetățeni. Scopul final al semnalării neregularităților este reprezentat de îmbunătățirea continuă a proceselor desfășurate la nivelul **spitalului** și de protecția sistemică împotriva vulnerabilităților provocate de aplicare incompletă sau necorespunzătoare a procedurilor la nivelul instituției. Rolul semnalării neregularităților este acela de a promova o atitudine preventivă și/sau incipient-correctivă asupra acelor procese/activități grevate de neconformități, de a permite promovarea unui climat de etică și integritate la nivelul instituției, astfel încât rezultatele procesului de ansamblu să nu fie semnificativ prejudiciate sub impactul acțiunii factorului uman.

1.2. Dă asigurări cu privire la existența documentației adecvate derulării activității.

1.3. Asigură continuitatea activității, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului.

1.4. Sprijină auditul și/sau alte organisme abilitate în acțiuni de auditare și/sau control, iar pe manager, în luarea deciziei cu privire la oportunitatea, eficiența și eficacitatea aplicării procedurii.

### 1. Domeniul de aplicare:

2.1. Prezenta procedură se aplică tuturor structurilor aprobate din organigrama **spitalului**.

### 2. Documente de referință (reglementări) aplicabile activităților procedurate:

#### 3.1. Reglementări internaționale

3.1.1. SR EN ISO 9001:2015 – Sisteme de management al calității. Cerințe;

3.1.2. Regulament nr. 679/2016 – privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul General privind Protecția Datelor).

3.1.3. Legea 365/2004 pentru ratificarea Convenției Națiunilor Unite împotriva corupției, adoptată la New York la 31 octombrie 2003


#### 3.2. Legislație primară

3.2.1. Legea nr. 571/2004 privind protecția personalului din autoritățile publice, entitățile publice și din alte unități care semnalează încălcări ale legii, cu completările și modificările ulterioare;

3.2.2. Legea nr. 78/2000, cu modificările și completările ulterioare, pentru prevenirea, descoperirea și sancționarea faptelor de corupție;

3.2.3. Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul Administrativ;

3.2.4. Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern/managerial și controlul financiar

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
NR.127/27.11.2023			Pagina 4 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

3.2.5. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 64/2003 pentru stabilirea unor măsuri privind înființarea, organizarea, reorganizarea sau funcționarea unor structuri din cadrul aparatului de lucru al Guvernului, a ministerelor, a altor organe de specialitate ale administrației publice centrale și unor instituții publice, aprobată cu modificări prin Legea nr. 194/2004, cu modificările ulterioare;

### 3.3. Legislație secundară

3.3.1. HG nr. 1.344/2007 privind normele de organizare și funcționare a comisiilor de disciplină, cu completările și modificările ulterioare;

3.3.2. Ordinul Secretariatului General al Guvernului nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, cu modificările și completările ulterioare;

3.3.3. Ordinul Secretariatului General al Guvernului nr. 1054/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind coordonarea și supravegherea prin misiuni de îndrumare metodologică a stadiului implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial la entitățile publice;

3.3.4. HG 583/2016, privind aprobarea Strategiei Naționale anticorupție pentru perioada 2016-2020, a seturilor de indicatori de performanță, a riscurilor asociate obiectivelor și măsurilor din strategie și a surselor de verificare, a inventarului măsurilor de transparență instituțională și de prevenire a corupției, a indicatorilor de evaluare, precum și a standardelor de publicare a informațiilor de interes public;

3.3.5. Hotărârea Guvernului nr. 557/2016 privind managementul tipurilor de risc;

3.3.6. Codul Muncii, Legea 53/2003, cu modificările și completările ulterioare;

### 3.4. Reglementări interne ale instituției

3.4.1. Regulamentul Intern

3.4.2. Regulamentul de Organizare și Funcționare

### 3.5. Alte documente de referință.

3.5.1 Decizii și Hotărâri interne;


3.5.2 Proceduri și norme interne.

3.5.3. Fise de post

3.5.4 Standardele I.S.O.

### 3. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura;


Prezenta procedură de sistem folosește termeni și definiții din Ordinul SGG nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, termeni definiți de "SR EN ISO 9000:2015 Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular", precum și termeni și definiții specifice documentelor de referință.

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
NR.127/27.11.2023			Pagina 5 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

#### 4.1.DEFINIȚII


##### 4.1.1Termeni și definiții din Ordinul SGG nr. 600/2018 (inclusiv termeni specifici prezentei proceduri)

- 4.1.1.1. **Activitate procedurală** – proces major sau activitate semnificativă pentru care se pot stabili reguli și modalități de lucru, general valabile, în vederea îndeplinirii, în condiții de regularitate, eficacitate, economicitate și eficiență a obiectivelor compartimentului și/sau entității publice;
- 4.1.1.2. **Avvertizor** – persoană angajată în cadrul Spitalului care sesizează o neregularitate în sensul și cu respectarea prezentei proceduri;
- 4.1.1.3. **Comisia de Disciplină** - Comisia constituită conform regulamentului intern și normelor legale în materie, însărcinată cu atribuții de cercetare disciplinară;
- 4.1.1.4. **Compartiment** – direcție generală, direcție, departament, serviciu, birou, comisii, inclusiv instituție/structură fără personalitate juridică aflată în subordinea, în coordonarea, sub autoritatea entității;
- 4.1.1.5. **Corupție** – în sens larg, reprezintă folosirea abuzivă a puterii încredințate, în scopul satisfacerii unor interese personale sau de grup; orice act al unei instituții sau autorități care are drept consecință provocarea unei daune interesului public, în scopul de a promova un interes/profit personal sau de grup, poate fi calificat drept "corupt"; această definiție largă a corupției este reflectată în legislația românească prin definirea infracțiunilor de corupție, precum: luarea și darea de mită, traficul și cumpărarea de influență, abuzul de funcție etc.;
- 4.1.1.6. **Control intern managerial** – ansamblul formelor de control exercitate la nivelul entității publice, inclusiv auditul intern, stabilite de conducere în concordanță cu obiectivele acesteia și cu reglementările legale, în vederea asigurării administrării fondurilor în mod economic, eficient și eficace; acesta include, de asemenea, structurile organizatorice, metodele și procedurile;
- 4.1.1.7. **Diagrama de proces** – schemă logică cu forme grafice care reprezintă etapele și pașii realizării unui proces sau unei activități;
- 4.1.1.8. **Ediție procedură** – forma actuală a procedurii; ediția unei proceduri se modifică atunci când deja au fost realizate 3 revizii ale respectivei proceduri sau atunci când modificările din structura procedurii depășesc 50% din conținutul reviziei anterioare;
- 4.1.1.9. **Etica** – un set de reguli, principii sau moduri de gândire care încearcă să ghideze activitatea unui anumit grup; etica în sectorul public acoperă patru mari domenii: stabilirea rolului și a valorilor serviciului public, precum și a răspunderii și nivelului de autoritate și responsabilitate; măsuri de prevenire a conflictelor de interese și modalități de rezolvare a acestora; stabilirea regulilor (standarde) de conduită a funcționarilor publici; stabilirea regulilor care se referă la neregularități grave și fraudă;
- 4.1.1.10. **Evaluare** – funcție managerială care constă în compararea rezultatelor cu obiectivele, depistarea cauzală a principalelor abateri (pozitive și negative) în vederea luării unor măsuri cu caracter corectiv sau preventiv;
- 4.1.1.11. **Evaluarea riscului** – evaluarea impactului materializării riscului, în combinație cu evaluarea probabilității de materializare a riscului. Evaluarea riscului o reprezintă valoarea expunerii la risc;
- 4.1.1.12. **Expunere la risc** – consecințele, ca o combinație de probabilitate și impact, pe care le poate resimți o entitate publică în raport cu obiectivele prestabilite, în cazul în care riscul se materializează;
- 4.1.1.13. **Factori de risc** – accesul la resurse materiale, financiare și informaționale, fără atribuții în acest

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
<b>NR.127/27.11.2023</b>			Pagina 6 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

sens sau deținerea unui document de autorizare; activități ce se exercită în condiții de monopol, drepturi exclusive sau speciale; modul de delegare a competențelor; evaluarea și consilierea care pot implica consecințe grave; achiziția publică de bunuri, servicii, lucrări, prin eludarea reglementărilor legale în materie; neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a sarcinilor de muncă atribuite, conform fișei postului; lucrul în relație directă cu cetățenii, politicienii sau terțe persoane juridice; funcțiile cu competență decizională exclusive etc.;

- 4.1.1.14. **Fișa postului** – document care definește locul și contribuția postului în atingerea obiectivelor individuale și organizaționale, caracteristic atât individului, cât și entității și care precizează sarcinile și responsabilitățile care îi revin titularului unui post;
- 4.1.1.15. **Fraudă** – înșelare, inducere în eroare, delapidare, furt, fals, cu scop de profit, prin provocarea unei pagube;
- 4.1.1.16. **Funcție publică** – grupare de atribuții, puteri și competențe stabilite prin lege, din cadrul unui serviciu public înființat în scopul satisfacerii, în mod continuu și permanent, de către funcționarii publici a intereselor generale ale societății;
- 4.1.1.17. **Gestionarea riscurilor** – măsurile întreprinse pentru diminuarea probabilității (posibilității) de apariție a riscului sau/și de diminuare a consecințelor (impactului) asupra rezultatelor (obiectivelor), dacă riscul s-ar materializa. Gestionarea riscului reprezintă diminuarea expunerii la risc, dacă acesta este o amenințare;
- 4.1.1.18. **Măsuri de control** – acțiuni stabilite pentru gestionarea riscurilor și monitorizarea permanentă sau periodică a unei activități, a unei situații ș.a.;
- 4.1.1.19. **Neregularitate** – faptă care presupune o încălcare a legii, a deontologiei profesionale sau a principiilor bunei administrări, eficienței, eficacității, economicității și transparenței;
- 4.1.1.20. **Obiective generale** – enunț general asupra a ceea ce va fi realizat și a îmbunătățirilor ce vor fi întreprinse; un obiectiv descrie un rezultat așteptat sau un impact și rezumă motivele pentru care o serie de acțiuni au fost întreprinse;
- 4.1.1.21. **Obiective specifice** – derivate din obiective generale și care descriu, de regulă, rezultate sau efecte așteptate ale unor activități care trebuie atinse pentru ca obiectivul general corespunzător să fie îndeplinit; acestea sunt exprimate descriptiv sub formă de rezultate și se stabilesc la nivelul fiecărui compartiment din cadrul entității publice; obiectivele specifice trebuie astfel definite încât să răspundă pachetului de cerințe SMART (specifice, măsurabile, adecvate, realiste, cu termen de realizare);
- 4.1.1.22. **Primul nivel de conducere** – conducătorii compartimentelor din cadrul unei entități publice aflate sub directă coordonare a conducătorului entității;
- 4.1.1.23. **Procedură documentată** – modul specific de realizare a unei activități sau a unui proces, editat pe suport hârtie sau în format electronic; procedurile documentate pot fi proceduri de sistem și proceduri operaționale;
- 4.1.1.24. **Procedură operațională (procedură de lucru)** – procedură care descrie un proces sau o activitate care se desfășoară la nivelul unuia sau mai multor compartimente dintr-o entitate, fără aplicabilitate la nivelul întregii entități publice;
- 4.1.1.25. **Procedură de sistem (procedură generală)** – descrie un proces sau o activitate care se desfășoară la nivelul entității publice aplicabil/aplicabilă majorității sau tuturor compartimentelor dintr-o entitate publică;
- 4.1.1.26. **Proces** – un flux de activități sau o succesiune de activități logic structurate, organizate în scopul

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
Pagina 7 din 20			
Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC			
<b>NR.127/27.11.2023</b>			

atingerii unor obiective definite, care utilizează resurse, adăugându-le valoare;

4.1.1.27. **Regulamentul de organizare și funcționare** – un instrument de conducere care descrie structura unei entități, prezentând pe diferitele ei componente atribuții, competențe, niveluri de autoritate, responsabilități, mecanisme de relații;

4.1.1.28. **Responsabilitate** – obligația de a îndeplini sarcina atribuită, a cărei neîndeplinire atrage sancțiunea corespunzătoare tipului de răspundere juridică;

4.1.1.29. **Resurse** – totalitatea elementelor de natură fizică, umană, informatională și financiară necesare ca intrări pentru ca strategiile de lucru să fie operaționale;

4.1.1.30. **Revizic procedură** – acțiunea de modificare, respectiv adăugare sau eliminare a unor informații, date, componente ale unei ediții a unei proceduri, modificări ce implică, de regulă, sub 50% din conținutul procedurii;

4.1.1.31. **Risc** – o situație, un eveniment care nu a apărut încă, dar care poate apărea în viitor, caz în care obținerea rezultatelor prealabil fixate este amenințată sau potențată, astfel, riscul poate reprezenta fie o amenințare, fie o oportunitate și trebuie abordat ca fiind o combinație între probabilitate și impact;

4.1.1.32. **Risc semnificativ / strategic / ridicat** – risc major, reprezentativ care poate afecta capacitatea entității de a-și atinge obiectivele; risc care ar putea avea un impact și o probabilitate ridicată de manifestare și care vizează entitatea în întregimea ei;

4.1.1.33. **Semnalarca unei neregularități** – sesizarea făcută cu bună credință de către un angajat al spitalului, cu privire la o faptă care presupune o încălcare a legii, a deontologiei profesionale sau a principiilor bunei administrări, eficienței, eficacității, economicității și transparenței, conform Legii 571/2004;

4.1.1.34. **Structură organizatorică** – configurația internă a unei entități publice formate din persoane, subdiviziuni organizatorice și relații, astfel determinate încât să asigure premisele organizatorice adecvate realizării obiectivelor managementului public (organigrama entității publice);

4.1.1.35. **Unitate ierarhică** – structură în subordinea căreia se află minimum 2 persoane, dintre care una cu funcție de conducere și autoritate ierarhică directă asupra celeilalte/celorlalte; sunt considerate unități ierarhice direcțiile, serviciile, birourile, compartimentele din cadrul structurii organizatorice.

#### 4.1.2. Termeni și definiții din - SR EN ISO 9000:2015

##### 4.1.2.1 Termeni referitori la persoană sau personal

4.1.2.1.1 **management de la cel mai înalt nivel** – persoană sau grup de persoane care conduce și controlează o organizație la cel mai înalt nivel;

NOTA 1 - Managementul de la cel mai înalt nivel are puterea de a delega autoritatea și de a furniza resurse în cadrul organizației;


4.1.2.1.2 **implicare** – participare la o activitate, la un eveniment sau la o situație;

4.1.2.1.3 **angajament** – implicare în, și contribuție la, activități pentru a îndeplini obiective comune.

##### 4.1.2.2 Termeni referitori la organizație

4.1.2.2.1 **organizație** – persoană sau grup de persoane care are propriile sale funcții cu responsabilități, autorități și pentru a-și îndeplini obiectivele;

4.1.2.2.2 **context al organizației** – combinație de aspecte interne și externe care pot avea un efect asupra

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
NR.127/27.11.2023			Pagina 8 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

modului în care o organizație abordează dezvoltarea și realizarea obiectivelor sale.

NOTA 1 - Obiectivele unei organizații pot fi referitoare la produsele și serviciile sale, la investiții și comportament față de părțile ei interesate.

#### **4.1.2.3 Termeni referitori la activitate**

4.1.2.3.1 **îmbunătățire** – activitate pentru creșterea performanței;

NOTĂ - Activitatea poate fi repetabilă sau singulară.

4.1.2.3.2 **îmbunătățire continuă** – activitate repetată pentru creșterea performanței;

NOTA 1 - Procesul de stabilire a obiectivelor și de identificare a oportunităților de îmbunătățire; este un proces continuu care utilizează constatările auditului, concluziile auditului, analiza datelor, analizele efectuate de management sau alte mijloace și în general conduce la acțiuni corective sau acțiuni preventive;

4.1.2.3.3 **îmbunătățirea calității** – parte a managementului calității concentrată pe creșterea capacității de a îndeplini cerințele referitoare la calitate;

NOTĂ - Cerințele referitoare la calitate se pot referi la orice aspecte cum ar fi eficacitate, eficiență sau trasabilitate.

#### **4.1.2.4 Termeni referitori la proces**

4.1.2.4.1 **proces** – ansamblu de activități correlate sau în interacțiune care utilizează elemente de intrare pentru a livra un rezultat intenționat.

NOTA 1 - În funcție de contextul de referință, „rezultatul intenționat” al unui proces este numit element de ieșire, produs sau serviciu;

NOTA 2 - În general, elementele de intrare într-un proces sunt elemente de ieșire ale altor procese, iar elementele de ieșire ale unui proces sunt elemente de intrare pentru alte procese;

NOTA 3 - Atunci când se face referire la două sau mai multe procese în serie care sunt corelate interacțiune, ele pot fi de asemenea considerate ca un proces;

NOTA 4 - În general, procesele dintr-o organizație sunt planificate și realizate în condiții controlate pentru a adăuga valoare;

NOTA 5 - Un proces, în care conformitatea elementului de ieșire rezultat nu poate fi validată cu ușurință sau din punct de vedere economic, este în mod frecvent denumit „proces special”;

4.1.2.4.2 **procedură** – mod specificat de realizare a unei activități sau a unui proces  
NOTA - Procedurile pot fi documentate sau nu.


#### **4.1.2.5 Termeni referitori la sistem**

4.1.2.5.1 **sistem** – ansamblu de elemente corelate sau în interacțiune;

4.1.2.5.2 **infrastructură** – ”organizație” sistem de facilități, echipamente și servicii de care este nevoie pentru funcționarea unei organizații;

4.1.2.5.3 **sistem de management** – ansamblu de elemente corelate sau în interacțiune ale unei organizații



	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
<b>NR.127/27.11.2023</b>			Pagina 9 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

prin care se stabilesc politicile și obiectivele, precum și procesele prin care se realizează acele obiective;

NOTA 1 - Un sistem de management poate să trateze o singură disciplină sau mai multe discipline, de exemplu managementul calității, managementul financiar sau managementul de mediu;

NOTA 2 - Elementele sistemului de management al calității stabilesc structura, rolurile și responsabilitățile organizației, planificarea, funcționarea, politicile, practicile, regulile, convingerile, obiectivele și procesele prin care se realizează acele obiective;

4.1.2.5.4 **sistem de management al calității** – parte a unui sistem de management referitoare la calitate;

4.1.2.5.5 **risc** – efect al incertitudinii

NOTA 1 - Un efect este o abatere, pozitivă sau negativă, de la o așteptare; NOTA 2 - Incertitudinea este starca, chiar parțială, de insuficiență de informații legate de înțelegerea sau cunoașterea unui eveniment, a consecințelor sau plauzibilității acestuia;

NOTA 3 - Riscul este caracterizat adesea prin referire la evenimente potențiale (asa cum sunt definite în Ghidul ISO 73:2009) și consecințele lor (așa cum sunt definite în Ghidul ISO 73:2009) sau o combinație a acestora;

NOTA 4 - Riscul este adesea definit ca o combinație a consecințelor unui eveniment (inclusiv schimbarea circumstanțelor) și plauzibilității asociate de apariție (așa cum sunt definite în Ghidul ISO 73:2009);

NOTA 5 - Cuvântul „risc” este utilizat uneori atunci când există numai posibilitatea unor consecințe negative;


NOTA 6 - Acesta constituie unul dintre termenii comuni și dintre definițiile de bază pentru standardele ISO referitoare la sistemul de management menționate în anexa SL a documentului „Consolidated ISO Supplement to the ISO/IEC Directives, Part 1”. Definiția inițială a fost modificată prin adăugarea notei 5.

#### 4.1.3. Termeni și definiții specifice documentelor de referință

Termeni și definiții din Regulament nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentului General privind Protecția Datelor), după cum urmează:

4.1.3.1. **date cu caracter personal** - înseamnă orice informații privind o persoană fizică identificată sau identificabilă ("persoana vizată"); o persoană fizică identificabilă este o persoană care poate fi identificată, direct sau indirect, în special prin referire la un element de identificare, cum ar fi un nume, un număr de identificare, date de localizare, un identificator online sau la unul sau mai multe elemente specifice, proprii identității sale fizice, genetice, psihice, economice, culturale sau sociale;

4.1.3.2. **prelucrare** - înseamnă orice operațiune sau set de operațiuni efectuate asupra datelor cu caracter personal sau asupra seturilor de date cu caracter personal, cu sau fără utilizarea de mijloace automatizate, cum ar fi colectarea, înregistrarea, organizarea, structurarea, stocarea, adaptarea sau modificarea, extragera, consultarea, utilizarea, divulgarea prin transmitere, diseminarea sau

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
<b>NR.127/27.11.2023</b>			Pagina 10 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

punerea la dispoziție în orice alt mod, alinierea sau combinarea, restricționarea, ștergerea sau distrugerea;


#### 4.2 Abrevieri ale termenilor

- 4.2.1 **A** – Aprobare;
- 4.2.2 **AS** – Angajați ai Spitalului;
- 4.2.3 **Ah** – Arhivare;
- 4.2.4 **Av** – Avizare;
- 4.2.5 **C** – Chestionar;
- 4.2.6 **CD** – Comisia de Disciplina;
- 4.2.7 **CC** – Conducător Compartiment (director, șef secție medicală, șef laborator, șef serviciu, șef birou);
- 4.2.8 **E** – Elaborare;
- 4.2.9 **F** – Formular;
- 4.2.10 **PCM** – Președinte Comisia de Monitorizare;
- 4.2.11 **PS** – Procedură de Sistem;
- 4.2.12 **PO** – Procedură Operațională;
- 4.2.13 **PSP** – Personal de Specialitate al Spitalului;
- 4.2.14 **OSGG** – Ordinul Secretariatului General al Guvernului;
- 4.2.15 **R** – Registru;
- 4.2.16 **RMC** – Reprezentantul Managementului pentru Calitate;
- 4.2.17 **RC** – Responsabil cu Calitatea;
- 4.2.18 **RR** – Responsabil cu Riscurile;
- 4.2.19 **RP** – Responsabil Procedură;
- 4.2.20 **SCIM** – Sistemul de Control Intern Managerial
- 4.2.21 **STCM** – Secretariatul Tehnic al Comisiei de Monitorizare;
- 4.2.22 **UI** – Unitate Ierarhică;
- 4.2.23 **V** – Verificare.

#### 5 Descrierea procedurii:

##### 5.1. Activitățile propriuzise:

5.1.2. Procesul de semnalare a neregularităților va avea la bază o serie de principii fundamentale, după cum


	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
NR.127/27.11.2023			Pagina 11 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

urmează:


- **principiul responsabilității:** orice persoană care semnalează încălcări ale legii este dator să susțină reclamația cu date sau indicii privind fapta săvârșită;
- **principiul nesancționării:** nu pot fi sancționate persoanele care reclamă sau sesizează neregularități, direct sau indirect, ca formă de sancțiune pentru această acțiune;
- **principiul bunei administrări:** instituția este dator să își desfășoare activitatea cu un grad ridicat de profesionalism, în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate a folosirii resurselor;
- **principiul bunei conduite:** în cadrul instituției este ocrotit și încurajat actul de avertizare cu privire la aspectele de integritate morală și buna administrare, cu scopul de a spori capacitatea administrativă și prestigiul entității publice.

## 5.2. FLUXUL PROCEDURAL

- 5.2.1 Managerul instituției stabilește componența Comisiei de Disciplină care analizează neregularitățile la nivelul instituției.
- 5.2.2 Neregulile care intră în competența de analiză a Comisiei de Disciplină, vizează neregularități cu privire la:
- 5.2.2.1 infracțiuni de corupție, infracțiuni asimilate infracțiunilor de corupție, infracțiuni în legătură directă cu infracțiunile de corupție, infracțiunile de fals și infracțiunile de serviciu sau în legătură cu serviciul;
  - 5.2.2.2 practici sau tratamente preferențiale ori discriminatorii în exercitarea atribuțiilor unor funcții din entitate;
  - 5.2.2.3 încălcarea prevederilor privind incompatibilitățile și conflictele de interese;
  - 5.2.2.4 folosirea abuzivă a resurselor materiale sau umane;
  - 5.2.2.5 partizanatul politic în exercitarea prerogativelor postului;
  - 5.2.2.6 încălcări ale legii în privința accesului la informații și a transparenței decizionale;
  - 5.2.2.7 încălcarea prevederilor legale privind achizițiile publice și finanțările nerambursabile;
  - 5.2.2.8 incompetența sau neglijența în serviciu;
  - 5.2.2.9 evaluări neobiective ale personalului în procesul de recrutare, selectare, promovare, retrogradare și eliberare din funcție;
  - 5.2.2.10 încălcări ale procedurilor administrative sau stabilirea unor proceduri interne cu nerespectarea legii;
  - 5.2.2.11 emiterea de acte care servesc interese de grup sau clientelare;
  - 5.2.2.12 administrarea defectuoasă sau frauduloasă a patrimoniului public și privat al entității;
  - 5.2.2.13 încălcarea altor dispoziții legale, care impun respectarea principiului bunei administrări;

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
Pagina 12 din 20			
Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC			
<b>NR.127/27.11.2023</b>			

- 5.2.3 Nu intră în competența de analiză a Comisiei de Disciplină abaterile de la procedurile ISO, altele decât cele care conduc în mod direct la una dintre situațiile menționate la Art. 5.2.2. :
- 5.2.4 Angajații care iau la cunoștință de o neregularitate de natura celei definite la Art. 5.2.2. au obligația de a o sesiza, prin completarea formularului - Formular de sesizare a neregularităților și difuzarea lui, după cum urmează:
- 5.2.4.1 Anonim, prin introducerea acestuia într-o cutie sigilată destinată sesizării neregularităților, pusă la dispoziție, prin grija instituției și la care are acces exclusiv Managerul instituției.
- 5.2.4.2 Cu autor cunoscut, prin sesizarea șefului ierarhic al persoanei care a încălcat prevederile legale;
- 5.2.4.3 Cu autor cunoscut, prin transmiterea formularului către Comisia de Disciplină;
- 5.2.4.4 Cu autor cunoscut, prin sesizarea organelor judiciare și/sau, după caz, a organelor însărcinate cu constatarea și cercetarea conflictelor de interese și a incompatibilităților;
- 5.2.5. În cazul sesizărilor anonime, avertizorul are obligația de a atașa Formularul - Formular de sesizare a neregularităților orice alte documente, înscrisuri, probe, fotografii, dovezi, care să probeze neregularitatea semnalată, în caz contrar sesizările nefiind luate în considerare;
- 5.2.6. În cazul sesizărilor cu autor cunoscut, acesta poate atașa opțional Formularul - Formular de sesizare a neregularităților orice alte documente, înscrisuri, probe, fotografii, dovezi, care să probeze neregularitatea semnalată. În situația în care astfel de dovezi nu sunt prezentate, acesta va fi solicitat să se prezinte în fața Comisiei de Disciplină pentru a prezenta argumentele care au stat la baza sesizării neregularității;
- 5.2.7. Salariatul care a semnalat o neregularitate beneficiază de protecție în fața Comisiei de Disciplină, după cum urmează:
- 5.2.7.1 respectivul salariat beneficiază de prezumția de bună credință, până la proba contrară;
- 5.2.7.2 în situația în care cel reclamat este șef ierarhic, direct sau indirect ori are atribuții de control, inspecție și evaluare a angajatului care a semnalat neregula, Comisia respectivă va asigura protecția avertizorului, ascunzându-i identitatea;
- 5.2.8 Salariații care reclamă neregularități la care au participat ei înșiși în complicitate beneficiază de reducerea la jumătate a acțiunilor dispuse de Comisia de Disciplină pentru neregularitatea respectivă;
- 5.2.9 Dacă, din orice motiv, persoana care face sesizarea dorește să i se asigure confidențialitatea cu privire la identitatea sa, persoana care primește sesizarea are obligația de a-i garanta acest drept;
- 5.2.10 Comisia de Disciplină înregistrează Formularele - Formular de sesizare a neregularităților în Registrul de Evidență a Neregularităților și le dezbate în următoarea ședință a Comisiei. Completarea Registrului se realizează de către Consilierul pe probleme de etică, dacă membrii Comisiei nu decid altfel;
- 5.2.11 Ședințele Comisiei au, de regulă, frecvență bilunară;
- 5.2.12 La finalul fiecărei ședințe, Comisia de Disciplină întocmește un Raport al Neregularităților pe care îl transmite spre informare Managerului instituției, în cadrul căruia menționează acțiunile

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
NR.127/27.11.2023	Pagina 13 din 20		
	Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC		

ce trebuie întreprinse pentru eliminarea neregulilor apărute și a cauzelor care au condus la apariția acestora;

- 5.2.13 Comisia de Disciplină poate desfășura activități de investigare/ anchetă/ control al neregularităților semnalate, cu acordul Managerului instituției, care va fi informat cu privire la conținutul sesizărilor și cu privire la măsurile de investigare pe care Comisia intenționează să le întreprindă;
- 5.2.14 În situația în care în cadrul activităților de investigare sunt constatate infracțiuni, Comisia de Disciplină are obligația de a proceda la asigurarea și conservarea urmelor infracțiunii, a corpurilor delictive și a oricăror mijloace de probă ce pot servi organelor de urmărire penală.

**Limita competentelor sau depășirea limitei acestora de către personalul medical din spital este în limita procedurilor și protocoalelor aprobate.**

### 5.3. CONTROLUL:

Procedura se evaluează semestrial/anual și se revizuieste anual sau ori de câte ori este nevoie, conform procedurii de evaluare și îmbunătățirea procedurilor și protocoalelor, la nivelul spitalului, a consiliului medical și a comitetului director.

#### 5.3.2. AUDITURI:

##### 5.3.2.1. audit intern

- Analiza activităților procedurate, din punct de vedere al eficienței și eficacității, se face conform procedurii interne:

5.3.2.2. **audit riscuri** - Analiza riscurilor generate de aplicarea procedurii se efectuează conform procedurilor interne:

- Procedura privind procesul de evaluare a riscurilor legate de aplicarea procedurilor.

**Comisia de Etică** poate solicita controlul desfășurării activității descrisă în procedură.

**Alte autorități competente**, pot solicita controlul modului de desfășurare a activităților procedurate.

#### 5.4. RISCURILE MANAGEMENTULUI:

##### 5.4.1. Identificarea riscurilor îndeplinirii sarcinilor:

5.4.1.1. Responsabilul de riscuri identifică riscurile legate de procedură.

5.4.1.2. Riscurile se înregistrează în registrul de riscuri.

5.4.1.3. Activitățile mai sus menționate se efectuează conform procedurilor interne legate de gestionarea riscurilor.

##### 5.5.. Modul de reacție la riscuri:

Pentru intervenția în cazul apariției riscurilor se respectă:

- măsurile recomandate și stabilite în registrul de riscuri
- procedurile interne privind managementul riscurilor

##### 5.6.. Autoritatea de decizie la risc:

- în funcție de riscul apărut se respectă recomandările din registrul riscurilor

##### 5.7. Evaluarea riscurilor:

Se aplică procedura internă cu privire la evaluarea riscurilor:

- Procedura privind procesul de evaluare a riscurilor legate de aplicarea procedurilor.
- Procedura privind întocmirea registrului de riscuri.

##### 5.8 Resurse utilizate

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
Pagina 14 din 20			
Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC			
NR.127/27.11.2023			

- 5.8.1 **Resurse materiale:** birou, instrumente de scris, rechizite, resurse informatice, elemente de telecomunicații, imprimante, papetărie, tipizate, cutia sigilată pentru sesizarea neregularităților.
- 5.8.2 **Resurse umane:** personalul instituției, membrii Comisiei de Disciplină;
- 5.8.3 **Resurse financiare:** se va avea în vedere prevederea în buget a sumelor necesare pentru buna desfășurare a activității.


#### 6. Responsabilități și răspunderi în derularea activităților:

Nr. crt	Compartimentul (postul)/acțiunea (operațiunea)	E.	Av.	Co	A.	I.	In.	V.	Ap.	Ah.
1	Responsabil (elaborator procedură) BMC	X								
2	Director medical		X							
4	Secretariat tehnic BMC		X	X		X				X
5	Manager				X					
6	Șefi secții, servicii, birouri, compartimente, laboratoare			X			X	X	X	
7	Personal instruit și aplicant a prevederilor procedurii								X	

#### Responsabilitati specifice in procedura:

##### 6.1.1. Managerul Spitalului

- 6.1.2. Aprobă procedura de sistem privind semnalarea neregularităților și anexele acesteia;
- 6.1.3. Stabilește componența CD;
- 6.1.4. Întocmește Regulamentul de Organizare și Funcționare a Comisiei de Disciplină;
- 6.1.5. Dispune modificarea/completarea procedurii de sistem privind semnalarea neregularităților și a anexelor acesteia;
- 6.1.6. Analizează sesizările anonime transmise prin intermediul cutiei de sesizări de către personalul instituției;
- 6.1.7. Analizează rezoluțiile Comisiei de Disciplină și dispune punerea lor în aplicare sau, după caz, anulara acestora. dacă sunt insuficient fundamentate;
- 6.1.8. Decide acțiuni menite să elimine atât neregulile apărute, cât și cauzele care au dus la apariția acestora;
- 6.1.9. Încurajează orice persoană din subordine care dorește să semnaleze o neregularitate să urmeze pașii procedurali, indiferent de calitatea persoanelor vizate;
- 6.1.10. Analizează rezolvarea tuturor sesizărilor primite de la persoanele din subordine;

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția IV
			Revizia 0
<b>NR.127/27.11.2023</b>			Pagina 15 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

6.1.11. Monitorizează și evaluează activitatea Comisiei de Disciplină.

## 6.2. Comisia de Disciplină

6.2.1. Prelucreează procedura de sistem cu personalul instituției;

6.2.2. Analizează toate sesizările care îi sunt direcționate, conform legii;

6.2.3. Decide cu majoritate de voturi asupra acțiunilor ce trebuie întreprinse pentru eliminarea neregulilor apărute și a cauzelor care au condus la apariția acestora;

6.2.4. Înregistrează formularele de sesizare a neregularităților în Registrul de Evidență a Neregularităților, completează și păstrează toate celelalte documente întocmite cu ocazia investigării și soluționării sesizării primite;

6.2.5. Informează Managerul instituției cu privire la sesizările primite și cu privire la rezoluțiile decise.

## 6.3 Conducătorii structurilor funcționale

6.3.1. Prelucreează procedura de sistem cu personalul din subordine;

6.3.2. Înregistrează toate sesizările care le sunt adresate;

6.3.3. Încurajează orice persoană din subordine care dorește să semnaleze o neregularitate să urmeze pașii procedurii, indiferent de calitatea persoanelor vizate.

## 6.4. Personalul Spitalului

6.4.1. Au obligația de a semnaliza neregularitățile pe care le sesizează în activitatea instituției superiorului ierarhic al persoanei care a încălcat prevederile legale sau, după caz, Managerului instituției sau Comisiei de Disciplină.

## 7. Formular de evidență a modificărilor edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii;

Nr. Crt.	Numărul ediției	Numărul reviziei în cadrul ediției	Numărul paginii unde a fost efectuată modificarea	Descrierea modificării	Avizul conducătorului compartimentului în cadrul căruia s-a elaborat procedura
0	1	2	3	4	5
1.	Ediția a III -a	Revizia 0	integral	Introducere cerinte legislative noi	
2.					
3.					



SPITAL  
MUNICIPAL  
CAMPULUNG

PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND  
SEMNALAREA NEREGULARITATILOR

Ediția IV

Revizia 0

Pagina 16 din 20

Nr. ex. ; 1

Exemplar UNIC

NR.127/27.11.2023

8. Formular de analiză a procedurii:

Anterior intrării în vigoare a procedurii și difuzării acesteia, procedura sa transmis electronic spre analiză compartimentelor implicate, în vederea exprimării unui punct de vedere. Această etapă de analiză a procedurii se gestionează unitar de către structura IT, toate datele fiind centralizate într-un formular de analiză a procedurii ce include: denumirea compartimentului care exprimă punctul de vedere, numele și prenumele conducătorului și înlocuitorului de drept al acestuia, avizul favorabil ce presupune data și semnătura sau cel nefavorabil cu precizarea explicită a observațiilor la procedură; ulterior, procedura se transmite secretariatului tehnic al Comisiei de monitorizare care analizează conformitatea structurii procedurii cu prevederile reglementărilor interne.

<input type="checkbox"/>	<b>Au fost observatii la avizare</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nu au fost observatii la avizare</b>
--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

9. Formular de distribuire/difuzare a procedurii:

După aprobare procedura, se distribuie compartimentelor implicate, inclusiv secretariatului tehnic al Comisiei de monitorizare.


Datele de identificare ale compartimentului care primește noua ediție sau revizie a procedurii sunt centralizate într-un formular de distribuire/difuzare a procedurii, gestionat de responsabilul IT si RMC. Odată cu distribuirea/difuzarea noii ediții sau reviziei a procedurii versiunea anterioara se înlocuiește și este în vigoare doar documentul în format electronic din secțiunea electronică Desktop/PO.

**Aceasta procedura se poate accesa în formatul electronic prin intermediul aplicației Portal intranet**

**Nota! Se interzice stergerea**

**NOTĂ: Distribuirea/difuzarea procedurii se face prin utilizarea sistemului informatic – prin intranet – conform prevederilor din Anexa nr.2 OSGG 600/2018: ”În măsura în care dotarea tehnică și pregătirea personalului permit, operațiunile de avizare, aprobare, distribuire etc. a procedurilor se pot derula și prin utilizarea sistemelor informatice, cu mențiunea ca acest fapt să fie luat la cunoștință de întreg personalul”.**



	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția II
			Revizia 0
			Pagina 17 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

### 10. Anexe, înregistrări, arhivări:

#### ANEXA 1. Procesul verbal de instruire a persoanelor din subordinea persoanelor din lista de difuzare.

Secția/ compartimentul/departamentul .....

NUME PŘI:NUME:	Diseminare și instruire – data-	Semnatura persoană instruită

Persoana care a efectuat instruirea

Nume și prenume .....

Semnatura .....

Data .....

*\*Exemplarul original al procesului verbal de instruire a persoanelor din subordinea persoanelor din lista de difuzare, va fi păstrat de către șeful compartimentului 17nstitute17 din lista de difuzare care a efectuat instruirea, pe care îl va atașa la procedura 17nstitute17, iar o copie a acestuia o va transmite Serviciului de Management al Calității Serviciilor Medicale din 17nstitute, pentru evidență.*

#### ANEXA 2. FORMULAR DE EVALUARE ȘI MONITORIZARE A NIVELULUI DE IMPLEMENTARE A PROCEDURII:

DENUMIRE INDICATOR – STANDARDUL PROPUȘ		Analiza periodica
<b>Indicatori de eficacitate (structura și proces):</b>	<b>Standard propus:</b>	anual
Nr. personal care aplica procedura instruit/nr. total personal care aplica procedura x 100	100%	
<b>Indicatori de eficiența (rezultat):</b>	<b>Standard propus:</b>	
Nr. riscuri analizate /nr. riscuri identificate x 100	100%	
Nr. nereguli semnalate solutionate/nr. total nereguli raportate x 100	100%	

Măsuri de îmbunătățire a procedurii în urma analizei:


MASURA 1

*Inițiatorul procedurii PO/PS va completa formularul cu Indicatorii de monitorizare a nivelului de implementare a procedurii aplicabili.*

Elaborat: \_\_\_\_\_ Verificat: \_\_\_\_\_

#### Anexa 3 – Formular de sesizare a neregularităților

#### FORMULAR DE SESIZARE A NEREGULARITĂȚILOR

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția II
			Revizia 0
			Pagina 18 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

<b>Data întocmirii formularului</b>		<b>Data sesizării neregularității</b>	
Tip neregularitate conform Art. 6.2.4 din Procedură			
Unitatea ierarhică vizată			
Persoana/Persoanele vizată/c			
Descrierea neregularității			
Descrierea prejudiciului cauzat / potențial (dacă este cunoscut sau poate fi anticipat/estimat)			
Dovezi/Argumente/Documente care dovedesc producerea neregularității			
Nume și Prenume avertizor (opțional)			
Opțiune confidențialitate identitate	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		

#### Anexa 4 – Registrul de evidență a neregularităților

### REGISTRUL DE EVIDENȚĂ A NEREGULARITĂȚILOR

Nr. crt.	Data înregistrării	Identificator unic	Nume și prenume avertizor	Descriere neregularitate	Data Raport al neregularităților în care este menționată rezoluția

#### Anexa 5 – Raport al neregularităților

	<b>SPITAL MUNICIPAL CAMPULUNG</b>	<b>PROCEDURA DE SISTEM PRIVIND SEMNALAREA NEREGULARITATILOR</b>	Ediția II
			Revizia 0
			Pagina 19 din 20
			Nr. ex. ; 1 Exemplar UNIC

### RAPORT AL NEREGULARITĂȚILOR

<b>Data întocmirii raportului</b>	
Identificator neregularitate și poziția în PS-07	
Perioada investigării neregularității semnalate	
Tip neregularitate conform Art. 6.2.4 din Procedură	
Unitatea ierarhică vizată	
Persoana/Persoanele vizată/e	
Neregularitatea se confirmă	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Dacă <b>Da</b> , descrierea rezultatelor investigației	
Măsuri și acțiuni propuse	
Dacă <b>Nu</b> , avertizorul a acționat cu bună-credință	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu

#### Membrii comisiei de Disciplină

<b>Nume și Prenume</b>			
<b>Semnătură</b>			
<b>Data</b>			



**INREGISTRARI:**

Nr. anexă	Denumirea anexei	Elaborator	Aprobă	Număr de exemplare	Difuzare	Arhivare		Alte elemente
						Loc	Perioadă	
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Formular de evaluare și monitorizare a procedurii	SMC	Manager	1	SMC	Arhiva	5 ani	
2.	Proces verbal de instruire a persoanelor din subordinea persoanelor din formularul de distribuire.	SMC	Manager	1	SMC	Arhiva	5 ani	
3	Documentele generate de procedura	SMC	Manager		SMC	Arhiva	Conform nomenclator arhivistic aprobat	