

ANEXO I

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DEL CANAL DE DENUNCIAS

Asociación PupaClown Payasos de Hospital

Este formulario puede utilizarse para comunicar de forma confidencial cualquier posible irregularidad o incumplimiento relacionado con la actividad de la Asociación PupaClown Payasos de Hospital.

La comunicación puede realizarse **de forma identificada o anónima**.

1. Datos de la persona informante (opcional)

Nombre y apellidos:

Relación con la asociación:

- Miembro de la Junta Directiva
- Persona trabajadora
- Voluntariado
- Socio/a
- Proveedor/a
- Colaborador/a
- Otro (especificar): _____

Correo electrónico o teléfono de contacto (opcional):

2. Descripción de los hechos

Explique de forma detallada los hechos que desea comunicar:

3. Personas implicadas (si se conocen)

Indique el nombre de las personas implicadas o cualquier información que pueda ayudar a identificarlas:

4. Fecha o periodo en el que ocurrieron los hechos

Fecha concreta: _____

Periodo aproximado: _____

No se conoce con exactitud

5. Evidencias o documentación (si existe)

Indique si dispone de documentos, archivos u otra información que respalde la comunicación:

Sí

No

En caso afirmativo, describa o adjunte la documentación:

6. Observaciones adicionales

7. Declaración

Declaro que la información proporcionada en esta comunicación se realiza **de buena fe y basada en hechos o indicios razonables.**

Fecha: _____

Firma (opcional): _____
