

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT

Informations relatives au lanceur d'alerte	
Nom et prénom	
Fonction occupée	
Lien avec Agile Partner	Salarié <input type="checkbox"/> Ancien salarié <input type="checkbox"/> Stagiaire (ou ancien stagiaire) <input type="checkbox"/> Fournisseur <input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/>
Votre implication	Directement concerné par le signalement <input type="checkbox"/> Témoin <input type="checkbox"/> Personne informée du fait signalé <input type="checkbox"/>
Retour souhaité par	(veuillez cocher la ou les case(s) correspondante(s)) : Mail <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courrier postal <input type="checkbox"/> RDV <input type="checkbox"/>
Coordonnées selon le mode de retour choisi	
Informations relatives à la violation	
1. Identité des personnes impliquées	
Service(s) concerné(s)	
Nom(s) et prénom(s)	
2. Description de la violation	
Merci de fournir ci-dessous une explication détaillée des événements survenus. N'hésitez pas à annexer des documents supplémentaires, des preuves ou tout autre support justificatif en lien avec votre déclaration.	
Date(s) de la violation	

Violation toujours en cours	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>3. Témoins ou informations complémentaires (optionnel) Indiquez l'identité et coordonnées de tous témoins ou personnes susceptibles d'avoir des informations sur les faits concernés.</p>	
<p>4. Signalements précédents (optionnel) Indiquez si vous avez déjà effectué un signalement ou fourni des informations au sujet de la violation de manière orale ou par écrit.</p>	
Date du signalement	Signature du déclarant

REPORTING FORM

Information relating to the reporting person	
First and last name	
Position occupied	
Link with Agile Partner	<input type="checkbox"/> Employee / <input type="checkbox"/> Former employee / <input type="checkbox"/> Intern (or former intern) / <input type="checkbox"/> Supplier / <input type="checkbox"/> Customer
Your involvement	<input type="checkbox"/> Directly involved in the report / <input type="checkbox"/> Witness / <input type="checkbox"/> Person informed of the reported incident
Preferred method of contact	(please select the preferred option(s)) <input type="checkbox"/> Email / <input type="checkbox"/> Phone / <input type="checkbox"/> Postal mail / <input type="checkbox"/> Appointment
Contact details according to the chosen return method	
Information about the breach	
2. Identity of the person involved	
Relevant department(s)	
First and last name(s)	
5. Description of the breach <i>Please provide a detailed explanation of the events below. Feel free to attach additional documents, evidence, or any other supporting material related to your statement.</i>	
Date(s) of the violation	

Violation still ongoing	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>6. Witnesses or additional information (optional) <i>Provide the names and contact details of any witnesses or persons who may have information about the events in question.</i></p>	
<p>7. Previous reports (optional) <i>Indicate whether you have already made a report or provided information about the violation verbally or in writing.</i></p>	
Date of report	Signature of the reporting person