**แบบฟอร์มการเปิดเผยข้อมูลผลประโยชน์ทับซ้อน**

ผลประโยชน์ทับซ้อนอาจเกิดขึ้นเมื่อผลประโยชน์ของพนักงานของเรา หรือผลประโยชน์ของครอบครัวและเพื่อนของเราเข้ามาแทรกแซงความสามารถในการตัดสินใจเพื่อประโยชน์สูงสุดของ GXO

แบบฟอร์มผลประโยชน์ทับซ้อนนี้ใช้เพื่อเปิดเผยและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหรือที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ระหว่าง GXO และพนักงานของ GXO ควรกรอกแบบฟอร์มนี้ตามข้อมูลที่คุณทราบ เพื่อให้รายละเอียดของสถานการณ์มีความชัดเจนสำหรับผู้ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ เมื่อกรอกเสร็จแล้ว โปรดส่งแบบฟอร์มให้หัวหน้างานของคุณเพื่อตรวจสอบและอนุมัติ จากนั้นหัวหน้างานของคุณจะส่งแบบฟอร์มไปยังฝ่ายกำกับดูแลการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและกฎเกณฑ์ของ GXO ([ethics@gxo.com](mailto:ethics@gxo.com)) เพื่อการตรวจสอบและอนุมัติขั้นสุดท้าย

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อ (ผู้ที่กรอกแบบฟอร์ม):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **ตำแหน่ง:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **แบบฟอร์มรายงานการเปิดเผยข้อมูลผลประโยชน์ทับซ้อนนี้เกี่ยวข้องกับคุณหรือพนักงานรายอื่นหรือไม่** | | | | |
| **ข้าพเจ้า:** | **พนักงานรายอื่น:** | | **ชื่อพนักงาน:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ตำแหน่ง:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **หน่วยธุรกิจ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**โปรดอธิบายเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนอย่างสุดความสามารถ:**

[เพิ่มข้อความที่นี่ ได้แก่ ใคร อะไร เมื่อไร ที่ไหน ทำไม และอย่างไร]

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องตามข้อมูลที่ข้าพเจ้าทราบ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ลายเซ็น วันเดือนปี

**การตรวจสอบโดยหัวหน้างาน:**

|  |  |
| --- | --- |
| วันที่ได้รับ: |  |
| ตรวจสอบโดย: ชื่อและตำแหน่ง |  |
| แนะนำให้อนุมัติ: | ใช่/ไม่ใช่ |
| ความคิดเห็นของผู้ตรวจสอบ: (อธิบายว่าเหตุใดคุณจึงอนุมัติหรือปฏิเสธแบบฟอร์มผลประโยชน์ทับซ้อน( |  |
| ลงนาม: | ………………………………………. |

**การตรวจสอบของสำนักกำกับดูแลการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและกฎเกณฑ์:**

|  |  |
| --- | --- |
| วันที่ได้รับ: |  |
| ตรวจสอบโดย: ชื่อและตำแหน่ง |  |
| แนะนำให้อนุมัติ: | ใช่/ไม่ใช่ |
| ความคิดเห็นของผู้ตรวจสอบ: (อธิบายว่าเหตุใดคุณจึงอนุมัติหรือปฏิเสธแบบฟอร์มผลประโยชน์ทับซ้อน( |  |
| ลงนาม: | ………………………………………. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **การควบคุมเอกสาร** | | | |
| **เอกสาร**  **ฉบับที่** | **วันที่เผยแพร่** | **อนุมัติโดย** | **เหตุผลในการเผยแพร่เอกสารใหม่** |
| 1 | 2/8/2021 | ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายกำกับดูแล | เอกสารนโยบาย |
|  |  |  |  |