

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>Sistema Socio Sanitario<br/>  Regione Lombardia<br/> ATS Brianza</p> | <p><b>Dipartimento Amministrativo,<br/> di Controllo e degli Affari Generali e Legali</b><br/> <b>Sviluppo Risorse Umane</b><br/> <b>Formazione e Valutazione Risorse Umane</b><br/> Monza: Tel. 039/2384289 - 4288<br/> Lecco: Tel. 0341/482517 - 2250<br/> E-mail: <a href="mailto:uo.foru@ats-brianza.it">uo.foru@ats-brianza.it</a></p> | <p style="text-align: right;">MODULO</p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIONE DEL PIANO DI<br/> FORMAZIONE</b><br/> <b>AUTOCERTIFICAZIONE<br/> ASSENZA DI CONFLITTO<br/> DI INTERESSI</b></p> |  |
|--|---|---|---|

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a: **LURASCHI SILVIA**

Dipendente  Libero Professionista  Convenzionato  Altro Assegnista di ricerca del Dip. di Sc. Umane per la Formazione

Ente di appartenenza: Università degli Studi di Milano Bicocca

Professione: Pedagogista (vedi tabella B qui di seguito) Disciplina: PED/01 Pedagogia generale e sociale (vedi tabella C qui di seguito)

#### CHIEDE

- di partecipare all'evento **con sponsorizzazione** (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);
- di partecipare all'evento **LE FAMIGLIE E I CORSI DI VITA IN ITALIA. PERCORSO FORMATIVO PER RIDEFINIRE LE RESPONSABILITÀ E LE POTENZIALITÀ FAMILIARI in qualità di docente/relatore/tutor con incarico retribuito;**
- di partecipare all'evento **in qualità di docente/relatore/tutor con incarico non retribuito;**
- di partecipare all'evento **in qualità di docente/relatore/tutor con incarico con solo rimborso spese;**
- di ricoprire il ruolo di **responsabile scientifico** dell'evento

#### DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 della L. 25.11.2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di conflitto di interessi:

- di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda/Agenzia/Istituto e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;
- di non aver usufruito per più di 2 volte nell'arco dell'anno in corso del contributo per il rimborso spese per partecipazione a eventi formativi esterni dallo stesso sponsor.

Data, 23.12.2019

In fede \*



\*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**Allegare Carta d'Identità**

1 | Dichiarazione relativa al conflitto di interesse