



Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Brianza	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali Sviluppo Risorse Umane Formazione e Valutazione Risorse Umane Monza: Tel. 039/2384289 - 4288 Lecco: Tel. 0341/482517 - 2250 E-mail: uo.foru@ats-brianza.it	MODULO GESTIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI	
--	---	--	---

(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 **Castelnuovo Maria Luisa**

nato/a **C.F.**
 residente a
 Telefono Fax: E-mail

Dipendente Libero Professionista Convenzionato Altro

Ente di appartenenza: **L'Arcobaleno cooperativa sociale onlus**

Professione: **Educatrice professionale (vedi tabella B qui di seguito)** Disciplina: **Geriatrica (vedi tabella C qui di seguito)**

CHIEDE

- di partecipare all'evento **con sponsorizzazione (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);**
- di partecipare all'evento **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 privati¹ 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: **17.06.21**

In fede


Al sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione o sottoscrizione dell'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata autografa e con fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Allegare Carta d'Identità

¹ Perché esista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di interferenza diretta o indiretta con qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o partecipante di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il conflitto di interesse per attività di interesse commerciale che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente/relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare l'insorgere di conflitto di interesse.