
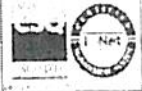


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Brianza	<b>Dipartimento Amministrativo,          di Controllo e degli Affari Generali e Legali</b> <b>Sviluppo Risorse Umane</b> <b>Formazione e Valutazione Risorse Umane</b> Monza: Tel. 039/2384289 - 4288 Lecco: Tel. 0341/482517 - 2250 E-mail: <a href="mailto:uo.foru@ats-brianza.it">uo.foru@ats-brianza.it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

II/ La sottoscritto/a **ANGELO BINCOLETTO**

nato/a

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dipendente  Libero Professionista  Convenzionato  Altro PENSIONATO

Ente di appartenenza:

Professione: \_\_\_\_\_ (vedi tabella B qui di seguito) Disciplina: \_\_\_\_\_ (vedi tabella C qui di seguito)

### CHIEDE

- di partecipare all'evento **con sponsorizzazione** ( rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);
- di partecipare all'evento PFA21.CPD54 **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<sup>1</sup> 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: 04-05-2021

In fede

Bincoletto Angelo

Al sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione di assenza dall'interesse in presenza del dipendente addebita ovvero sottoscritta e presentata materialmente e copiosamente non autentica da un documento di identità del sottoscrittore.

**Allegare Carta d'Identità**

<sup>1</sup> Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di commercio (senza dicitura di indirizzo) o sussista in qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e o sia titolare o compartecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero creare vantaggi dalla sua attività di docente relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la presenza di rapporti nell'ambito del S.S.N. e l'attività dei professionisti sanitari - effettuati secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è sanzionabile nei rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari ad essa collegati, e fattispecie di conflitto di interesse.

1 | Dichiarazione relativa al conflitto di interesse

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA  
 Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 - 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969  
 Sede territoriale di Lecco, C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco