




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	  <small>GO VEDI 14/11/2014</small>
--	---	--	--

(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 Prof. CROCE LUIGI

nato/a il C.F.

residente a in Via

Telefono: Fax: // E-mail:

Dipendente Libero Professionista Convenzionato Altro

Ente di appartenenza:

Professione: 1 (vedi tabella B qui di seguito) Disciplina: 25 - 112 (vedi tabella C qui di seguito)

CHIEDE

- di partecipare all'evento con sponsorizzazione (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);
- di partecipare all'evento LA VALUTAZIONE ICF NEL PERCORSO DI ACCERTAMENTO E INTEGRAZIONE DELL'ALUNNO DISABILE 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

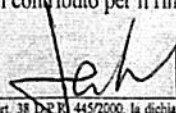
DICHIARA

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 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, 29/09/21

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 Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di coesistenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o partecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali 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 amovibile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.