
	<p align="center">Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali Gestione Sviluppo Risorse Umane Formazione</p> <p align="center">Monza: Tel. 039/2384271 - 4288 Lecco: Tel. 0341/482230 - 2250 E-mail: formazione@ats-brianza.it</p>	<p align="center">MODULO GESTIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI</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)

La sottoscritta **CASSONI EVITA GIULIA**
 nato/a ~~il~~ ~~_____~~
 residente a ~~in Via~~ ~~_____~~
 Telefono: ~~_____~~ E-mail: **evitacassoni@gmail.com**
 Dipendente Libero Professionista Convenzionato Altro
 Ente di appartenenza:
 Professione: **A** (vedi tabella B qui di seguito) Disciplina: **24** (vedi tabella C qui di seguito)

CHIEDE

- di partecipare all'evento **con sponsorizzazione** (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);
 di partecipare all'evento **USO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NEI PRIMI ANNI DI VITA 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: **15.3.2023**

In fede: **Evita Cassoni**

¹ Ai sensi dell'art. 48 D.P.R. 345/2000, la dichiarazione è adempita dal interessato in presenza del dipendente addetto ai servizi amministrativi e presidiaria unitamente e congiuntamente con autentica di un documento di identità del richiedente.

Allegare Carta d'Identità (solo se non dipendente ATS Brianza)

¹ Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di conoscenza diretta o indiretta e in misura un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e di aziende o compagnie di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurerne il rapporto relatore con e quest'ultimo di interesse commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente /relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prevenzione di farmaci nell'ambito dell'attività diretta dai professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e correttezza - non è ammissibile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurerne l'atteggiamento di conflitto di interessi.

1 | Autoverificazione assenza di conflitto di interessi

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA
 Sede legale e territoriale: Viale Elvezza 2 - 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969
 Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco
www.ats-brianza.it - info@ats-brianza.it - protocollo@pec.ats-brianza.it