
 <p>Regione Lombardia ATS BRIANZA</p>	<p><b>Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali</b></p> <p><b>Gestione Sviluppo Risorse Umane Formazione</b></p> <p>Monza: Tel. 039/2384271 - 4288 Lecco: Tel. 0341/482230 - 2250 E-mail: <a href="mailto:formazione@ats-brianza.it">formazione@ats-brianza.it</a></p>	<p>MODULO</p> <p><b>GESTIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE</b></p> <p><b>AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO 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 **ELEONORA BONACINA**

nato/a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] in [redacted]

Telefono: [redacted] Fax: [redacted] E-mail: [eleonorabonacina@libero.it](mailto:eleonorabonacina@libero.it)

Dipendente  Libero Professionista  Convenzionato  Altro

Ente di appartenenza:

Professione: MEDICO VETERINARIO Disciplina: ANESTESIA (vedi tabella C qui di seguito)

#### CHIEDE

- di partecipare all'evento con sponsorizzazione ( rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);
- di partecipare all'evento TELENARCOSI: SEDAZIONE MENDIANTE L'UTILIZZO DELLA CERBOTTANA 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, 14-04-23

In fede\*

  
\* Ai sensi dell'art. 19 D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e autografa unitamente a copia fotostatica non autenticata di 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 contesa 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 comparsa 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 assimilabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare l'aspetto di conflitto di interesse.