

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

(ai sensi degli art. 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 **STEFANO CICCONE**

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

residente [redacted] in [redacted]

Telefono: [redacted] Fax: [redacted] E-mail: ciccone@uniroma2.it

Dipendente Libero Professionista Convenzionato Altro

Ente di appartenenza: Università di Roma "Tor Vergata"

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

CHIEDE

- di partecipare all'evento Strategie di contrasto alla violenza di genere esperienze di trattamento degli autori di violenza con sponsorizzazione (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);
- di partecipare all'evento Strategie di contrasto alla violenza di genere esperienze di trattamento degli autori di violenza in qualità di docente/relatore/tutor con incarico retribuito;
- di partecipare all'evento Strategie di contrasto alla violenza di genere esperienze di trattamento degli autori di violenza in qualità di docente/relatore/tutor con incarico non retribuito;
- di partecipare all'evento Strategie di contrasto alla violenza di genere esperienze di trattamento degli autori di violenza 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. 12/4/23

In fede*



¹ Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di contersenza 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 potrebbe 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 è effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non e annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse

1 Autocertificazione assenza di conflitto di interessi