



(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 **Luca Santino BERTONAZZI** nato/a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____ in Via _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Dipendente Libero Professionista Convenzionato Altro

Ente di appartenenza: _____

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

in qualità di:

responsabile scientifico;

docente/relatore/tutor/moderatore;

con sponsorizzazione (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);

all'evento **TECNICHE DI REDAZIONE DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI**

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 del DL 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla L. 24 novembre 2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di assenza 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 (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa

se si specificare: _____

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;

DICHIARA INOLTRE

(ai sensi dell'art. 76 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017)

che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti di natura finanziaria e lavorativa con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario;

che nell'ultimo biennio ha avuto i seguenti rapporti di natura finanziaria e lavorativa con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

1) _____

2) _____

3) _____

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Brianza	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali Gestione Sviluppo Risorse Umane Formazione Monza: Tel. 039/2384271 - 4288 Lecco: Tel. 0341/482230 - 2250 E-mail: formazione@ats-brianza.it	MODULO GESTIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSI	 
---	---	--	---

Data, 12-7-2023

In fede* Luca Beckmann

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 cointeressenza 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 compartecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero frarre 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 annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.

* 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.

2 | Dichiarazione conflitto di interessi

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 G. Alberto 120 - 23900 Lecco
www.ats-brianza.it - info@ats-brianza.it - protocollo@pec.ats-brianza.it