

B(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)

II/La sottoscritto/a Vima Barbieri nato/a

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

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 **IL RUOLO E LA FUNZIONE DEL CASE MANAGER NEI PROGETTI INDIVIDUALI DEDICATI ALLA DISABILITA'**

### 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) \_\_\_\_\_

1 | Dichiarazione conflitto di interessi

Data, 21 agosto 2023

In fede\* \_\_\_\_\_

**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 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 annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.

---

2 | Dichiarazione conflitto di interessi

Cognome **BARBIERI**  
 Nome **VIRNA**  
 Nato il **09.08.1974**  
 Sesso **F**  
 Comune **MANERBIO BS**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **PONTEVICO (BS)**  
 Via **SAVOLDO 15**  
 Stato civile **CGT. ZICCHETTI**  
 Professione **PSICOPEDAGOGISTA**

CONDIZIONI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Spese M. **1,60**  
 Casella **CASTANI**  
 Codici **MARRONI**  
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Virna Barbieri*  
**PONTEVICO** li **22.10.2012**  
 Il SINDACO  
*Bozzoni Dott. Roberto*  
 Impronta del dito indice sinistro  


Scadenza: **09.08.2023**

**AS 9881917**

PSB SPA - OFFICINA DI ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
**PONTEVICO (BS)**

**CARTA D'IDENTITA'**  
**N° AS 9881917**  
 DI  
**BARBIERI VIRNA**

REPUBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



Codice Fiscale **BRBVRN74M49E884H** Sesso **F**  
 Cognome **BARBIERI**  
 Nome **VIRNA**  
 Luogo di nascita **MANERBIO**  
 Provincia **BS**  
 Data di nascita **09/08/1974**

Data di scadenza **11/01/2022**

Regione Lombardia

