




|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Sistema Socio Sanitario<br><br>Regione Lombardia<br>ATS Brianza | Dipartimento Amministrativo,<br>di Controllo e degli Affari Generali e Legali<br>Sviluppo Risorse Umane<br>Formazione e Valutazione Risorse Umane<br>Monza: Tel. 039/2384289 - 4288<br>Lecco: Tel. 0341/482517 - 2250<br>E-mail: uo.foru@ats-brianza.it | MODULO<br><b>GESTIONE DEL PIANO DI<br/>         FORMAZIONE<br/>         AUTOCERTIFICAZIONE<br/>         ASSENZA DI CONFLITTO<br/>         DI INTERESSI</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)

Il/La sottoscritto/a: **BICEGO LIVIA**

Dipendente  Libero Professionista  Convenzionato  Altro

Ente di appartenenza: **IRCCS BURLO GAROFOLO**

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

### CHIEDE

di partecipare all'evento **con sponsorizzazione** (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);

di partecipare all'evento **"ATS LIBERA DA CONTENZIONE": INSIEME SI PUO'** in qualità di relatrice:

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 (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;

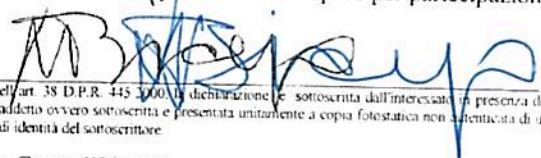
che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;

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, 9/10/2019

In fede \*

  
\*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.

**Allegare Carta d'Identità**

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di coerenza 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 partecipante 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.

1 | Dichiarazione relativa al conflitto di interesse