



Dipartimento Amministrativo

**AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI PARTECIPAZIONE EVENTI SPONSORIZZATI
DOCENTE**

(ai sensi degli artt. 46 e 57 del DPR 28 aprile 2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del DPR medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Il _____

residente a _____ in via _____ C.F. _____

CHIEDE

- di partecipare all'evento _____
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 spese a carico Sponsor/Provider;
- di ricoprire il ruolo di responsabile scientifico dell'evento _____

DICHIARA

sotto la 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 del conflitto di interessi:

- di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche e di dispositivi medici ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e privati, 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 le aziende farmaceutiche e di dispositivi medici e di strumenti o presidi sanitari, che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti o al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda e del Codice Deontologico della propria professione, così come approvato dal proprio ordine;
- di non avere partecipato, per più di 2 volte nell'arco dell'anno in corso, ad eventi formativi il cui costo per iscrizione, viaggio e vitto sono stati sostenuti dalla ditta proponente;
- di non aver partecipato (redazione capitolato, commissione di gara, rup, dec, progettista, direttore lavori, coordinatore della sicurezza, verificatore, collaudatore, altro) a procedure di gara per le quali la ditta proponente è risultata aggiudicataria nell'ultimo biennio;
- di non aver chiesto alla ditta proponente, nell'ultimo biennio, di avere in visione o prova un dispositivo medico, al di fuori delle procedure di acquisto aziendali e/o consorziate /regionali;
- di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del GDPR 2016/679, che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- Eventuali osservazioni _____

In fede _____

Data _____

* Poiché sussista conflitto di interessi è necessario che il partecipante ad evento sponsorizzato 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 dispositivi medici e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o compartecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il partecipante come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività prestata nell'ambito del SSN. 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 idonea a configurare fattispecie di conflitto di interesse.



**Il docente | diretto interessato è tenuto a trasmettere questo modulo, compilato in ogni parte, a:
UFFICIO RISORSE UMANE - SONDRIO**

Dichiarazione del Direttore della U.O.C. Approvvigionamenti / Tecnico Patrimoniale

Il Direttore dichiara che:

- L'AZIENDA HA
 L'AZIENDA NON HA

CONTRATTI IN CORSO CON LA SEGUENTE

.....(indicare denominazione Ditta/ Impresa / Società)

- SONO IN CORSO PROCEDURE DI GARA

.....
(indicare la gara)

- NON SONO IN CORSO PROCEDURE DI GARA
CHE POSSONO INTERESSARE LA DITTA SOPRA INDICATA

Data _____

Il Direttore (timbro e firma) _____

Dichiarazione del Responsabile della U.O.S. Tecnologie Innovative

Il Responsabile dichiara che:

- non sussistono apparecchiature elettromedicali in prova del fornitore L'AZIENDA HA L'AZIENDA NON HA
AUTORIZZATO , PER L'UTILIZZO IN PROVA,

la seguente apparecchiatura elettromedicale

dal seguente fornitore(indicare denominazione Ditta/ Impresa / Società)

Il cui eventuale acquisto

- è previsto nel piano investimenti
 non è previsto nel piano investimenti

Data _____

Il Responsabile (timbro e firma) _____

**PARERE DEL DIRETTORE MEDICO/DIRETTORE SITRA/DIRETTORE DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/ DIRETTORE
DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI**

Il Direttore, vista la dichiarazione dell'interessato, il parere favorevole espresso dal Responsabile e la documentazione allegata, accerta e dichiara che:

- SUSSISTE

.....
(indicare motivazione specifica)

- NON SUSSISTE conflitto d'interesse con l'attività svolta dal dipendente presso la Struttura di appartenenza;

Pertanto esprime :

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

ad autorizzare lo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta, riservandosi di modificare il predetto parere espresso, qualora dai controlli disposti dall'Azienda sulla veridicità delle dichiarazioni dell'interessato emergano evidenze diverse da quelle dichiarate.

DATA _____ Il Direttore (timbro e firma) _____

PRESA ATTO/DINIEGO PARTECIPAZIONE EVENTO

Il Direttore Generale/Sanitario/Sociosanitario/Amministrativo, vista la dichiarazione dell'interessato, acquisiti i pareri sopra espressi e la documentazione allegata, esprime:

- PARERE FAVOREVOLE**
 PARERE NEGATIVO

.....
(indicare motivazione specifica diniego)

DATA _____ Il Direttore (timbro e firma) _____