

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI
PER L'AFFIDAMENTO DI INCARICO (ESTERNO) DI
RESPONSABILITA' SCIENTIFICA/ DOCENZA PER EVENTO FORMATIVO AZIENDALE**

Il/La sottoscritto/a

COGNOME E NOME DEL DICHIARANTE	NATO A	IL
D'ANTICO SERGIO	TARANTO	01/01/63

RESIDENTE IN	VIA	N°	PROV.	CAP
TORINO	ASTI	20	TO	10131

CODICE FISCALE	PROFESSIONE
DNTRSG63A01L049S	DIRIGENTE MEDICO

In qualità di *(barrare la voce che interessa)*:

Responsabile Scientifico

Docente

del seguente evento formativo organizzato dall'A.O. Ordine Mauriziano di Torino:

TITOLO DEL CORSO	DATA DI SVOLGIMENTO
"IL SANGUE: SICUREZZA, PATIENT BLOOD MANAGEMENT E DISSENSO"	12 OTTOBRE 2018

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 c.14 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i (*), consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445),

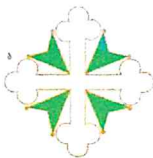
DICHIARA

1) di non avere interessi diretti o indiretti (**), che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'Attività Formativa Residenziale;

2) che, nell'ultimo biennio, ha avuto i seguenti rapporti di servizio/ collaborazioni con società/ enti inerenti alla tematica dell'evento:

Nessuno


(indicare gli eventuali rapporti con aziende farmaceutiche o produttrici di strumentazioni e presidi sanitari inerenti alla tematica dell'evento formativo)



3) di aver intrattenuto/intrattenere (ultimi cinque anni) con le stesse società/enti i seguenti rapporti economici (*barrare la voce che interessa*):

- Possesso di titoli azionari
- Rapporti di consulenza retribuita
- Onorari per conferenza e relazioni corrisposti negli ultimi 12 mesi
- Finanziamenti per la propria attività di ricerca
- Nessuno
- Altro (*specificare*):

LUOGO E DATA
TORINO, 12 OTTOBRE 2018

IL DICHIARANTE (<i>firma</i>)


Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto _____
(indicare in stampatello il nome del dipendente)
- sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, vi a fax, tramite un incaricato od a mezzo posta

NOTE:

(*) "Le amministrazioni rendono noti [...] gli elenchi dei propri consulenti indicando l'oggetto, la durata ed il compenso dell'incarico nonché l'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi [...]".

(**) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che si realizzi la condizione per cui viene affidata una responsabilità ad un soggetto che ha interessi personali o professionali in conflitto con l'imparzialità richiesta da tale responsabilità (ciò vale non solo in presenza di un reale ed accertato conflitto, ma anche in tutti i casi in cui la situazione di conflitto sia anche meramente potenziale). In particolare il conflitto di interessi nell'ambito della formazione ECM è la condizione in cui si trova un professionista che non ha esplicitamente dichiarato eventuali collaborazioni di qualsiasi