



**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 |
| RICHETTA LUCA | TORINO | 01-01-1964 |

| | | | | |
|--------------|-------------|----|-------|-------|
| RESIDENTE IN | VIA | N° | PROV. | CAP |
| TORINO | DOMODOSSOLA | 94 | TO | 10145 |

| | |
|------------------|---|
| CODICE FISCALE | PROFESSIONE |
| RCHLCU64A01L219R | MEDICO RADIOLOGO LIBERO PROFESSIONISTAX |

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 |
| "Imaging e Riabilitazione nella patologia neurologica ischemica: il contributo della diagnostica per immagini in ambito riabilitativo" | 26-11-18 |

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 (artt. 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*):

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Possesso di titoli azionari |
| <input type="checkbox"/> | Rapporti di consulenza retribuita |
| <input type="checkbox"/> | Onorari per conferenza e relazioni corrisposti negli ultimi 12 mesi |
| <input type="checkbox"/> | Finanziamenti per la propria attività di ricerca |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nessuno |
| <input type="checkbox"/> | Altro (<i>specificare</i>): |

| |
|-----------------|
| LUOGO E DATA |
| TORINO 26-11-18 |

| |
|---------------------------------|
| 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 natura, intrattenute con una qualsiasi