**Azienda Ospedaliera**
**Ordine Mauriziano**
**di Torino**

Sede legale: Via Magellano, 1 - 10128 TORINO - Tel. +39 011.508.1111 - www.mauriziano.it - P.I./Cod. Fisc. 09059340019

# 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 | CODICE FISCALE |
|---|---|
| **DI NICOLA PAOLA** | **DNCPLA82L60L219K** |

| PROFILO PROFESSIONALE | ENTE DI APPARTENENZA - LIBERO PROFESSIONISTA |
|---|---|
| MEDICO | A.O.U. Città Della Salute E Della Scienza Di Torino |

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 CORSO |
|---|---|
| **POCUS IN PEDIATRIA E NEONATOLOGIA. SMALL (ULTRA) SOUND** | **20 Gennaio 2023** |

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)* |



Scanned with CamScanner

**Azienda Ospedaliera**
**Ordine Mauriziano**
**di Torino**

*Sede legale: Via Magellano, 1 - 10128 TORINO - Tel. +39 011.508.1111 - www.mauriziano.it - P.I./Cod. Fisc. 09059340019*

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*): |

| DATA |
|---|
| 6 dicembre 2022 |

| IL DICHIARANTE (*firma*) |
|---|
| |

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 società od ente ed inerenti alla tematica dell'evento, così da rischiare di compromettere completezza e/o oggettività dell'informazione scientifica.



Scanned with CamScanner