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 DEL DICHIARANTE	NATO A	IL
MARCARELLI MARCO	NAPOLI	28-3-80

RESIDENTE IN	VIA	N°	PROV.	CAP
TORINO	C.SO DE NICOLA	42	TO	10121

CODICE FISCALE	PROFESSIONE
MRCMRC80C28L219E	ORTOPEDICO

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
L'invio allo specialista delle patologie ortopediche in età pediatrica	30-1-18

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)*

REGIONE PIEMONTE

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
- [x] Nessuno
- [ ] Altro (*specificare*):

LUOGO E DATA	IL DICHIARANTE (*firma*)
30-1-18	Marco Marcello

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.

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 DEL DICHIARANTE	NATO A	IL
MARMOTTA ANTONIO	ROMA	23/10/69

RESIDENTE IN	VIA	N°	PROV.	CAP
TO	PAOLINI	20	TO	10138

CODICE FISCALE	PROFESSIONE
MRMNTN69R23H501Y	ORTOPEDICO

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
LI INVIO ALLO SPECIALISTA della patologia ortopedica mi ebri pertinenza	30/1/18

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)*:

- ☐ 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	IL DICHIARANTE (*firma*)
TO 30/1/18	

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

- ❹ sottoscritta in presenza del dipendente addetto _____
  (indicare in stampatello il nome del dipendente)
- ❹ 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.

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 DEL DICHIARANTE	NATO A	IL
TELLINI ALESSANDRA	TORINO	1-2-77

RESIDENTE IN	VIA	N°	PROV.	CAP
ALPIGNANO	VIA COSTA	7	TO	10091

CODICE FISCALE	PROFESSIONE
TLLSN77B41L219B	Medico Chirurgo

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
L'INVIO ALLO SPECIALISTA della PATOLOGIA ORTOPEDICA in ETÀ PEDIATRICA	30-1-2018

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 (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)*

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*):

LUOGO E DATA	IL DICHIARANTE (*firma*)
30-01-2018	

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

- ❹ sottoscritta in presenza del dipendente addetto _____
  (indicare in stampatello il nome del dipendente)
- ❹ 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.