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. 0805034001

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
BLOCCO DAVID LEONARD	BLCDDL58R26Z7

PROFILO PROFESSIONALE	ENTE DI APPARTENENZA - LIBERO PROFESSIONISTA
	LIBERO PROFESSIONISTA

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 INIZIO CORS
FOLLOW-UP TAPING NEUROMUSCOLARE PROFESSIONALE,	20/5/20

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 dichiar
mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e dalle 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/formazion
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 ter
dell'evento:

☒ Nessuno

☐ *(Indicare gli eventuali rapporti con aziende farmaceutiche o produttrici di strumentazioni e presidi sa
riferimento (natura e durata del rapporto)*

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. 06558740019

[ ]	Possesso di titoli azionari
[ ]	Rapporti di consulenza retribuiti
[ ]	Onorari per conferenze e relazioni corrisposti negli ultimi 12 mesi
[ ]	Finanziamenti per la propria attività di ricerca
[X]	Nessuno
[ ]	Altro (*specificare*):

DATA	IL DICHIARANTE (*firma*)
2021	

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 docum identità del sottoscrittore, via 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 co dell'incarico nonché l'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di con interessi [...]"*

(**) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che si realizzi la condizione per cui viene affidata una responsa un soggetto che ha interessi personali o professionali in conflitto con l'imparzialità richiesta da tale responsabilità (ciò solo in presenza di un reale ed accertato conflitto, ma anche in tutti i casi in cui la situazione di conflitto sia anche me potenziale). In particolare il conflitto di interessi nell'ambito della formazione ECM è la condizione in cui si professionista che non ha esplicitamente dichiarato eventuali collaborazioni di qualsiasi natura, intrattenute con una società od ente in relazione alla tematica dell'evento, con la finalità di compromettere completezza e/o og dell'informazione scientifica.