



DICHIARAZIONE DI TRASPARENZA O CONFLITTO DI INTERESSI

Il sottoscritto _____
Cognome e Nome

Nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____
gg/mm/aaaa

residente a _____ in via _____

Indicazione professionale Libero Professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione

in qualità di Moderatore Relatore Formatore Tutor Docente

dell'Evento formativo in oggetto, che si svolgerà presso *Istituto Ortopedico Rizzoli*
a *Bologna* i giorni 5-6 Aprile 2019.

organizzato da My Meeting Srl in qualità di Provider Standard n. 1396

*ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 sul Conflitto di Interessi
dell'Accordo Stato-Regione del 02.02.2017*

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

(indicare con una la propria condizione)

- che nell'ultimo biennio non ha intrattenuto alcun rapporto professionale e/o economico con aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari, e dunque l'assenza di conflitto di interessi rispetto all'Evento.
- che nell'ultimo biennio ha intrattenuto i seguenti rapporti professionali e/o economici con le seguenti aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari:

e che detti rapporti non sono tali da poter influenzare l'attività di docenza espletata nell'ambito dell'Evento nel senso di pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa, e dunque l'assenza di conflitto di interessi rispetto all'Evento.

SI IMPEGNA

- 1) a far sì che l'attività formativa e di docenza dallo stesso espletata nell'ambito dell'Evento sia obiettiva, equilibrata e non influenzata da interessi diretti o indiretti di soggetti portatori di interessi commerciali, e in particolare: a) a non effettuare pubblicità di qualsiasi tipo per specifici prodotti di interesse sanitario; b) a indicare solo i nomi generici (di farmaci, strumenti, presidi) e a non indicare alcun nome commerciale, neanche se non correlato con l'argomento trattato;
- 2) a far sì che durante l'attività formativa e di docenza dallo stesso espletata nell'ambito dell'Evento non vengano proiettate immagini coperte da diritto d'autore o altri diritti di privativa industriale di terzi (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, pubblicazioni edite a stampa, testi, riproduzioni o estratti tratti da siti internet protetti), immagini identificative di farmaci e/o apparecchiature elettro-medicali e/o immagini che possano configurare in alcun modo violazione della privacy dei pazienti.

DICHIARA

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Autorizza pertanto la pubblicazione del proprio CV sul sito ECM e il trasferimento dei propri dati personali all'Age.Na.S. allo scopo di poter partecipare al Programma di accreditamento e aggiornamento professionale previsto dalla legge, nonché quanto comunque collegato alla propria presenza all'evento indicato. Il suddetto CV potrà essere comunicato a quanti per normativa AIFA siano obbligati a presentarlo ai competenti uffici.

In Fede _____
(firma leggibile)

Data _____

Si prega di inviare il modulo compilato tramite **fax** allo **051 795270** o **scannerizzato**
per email a info@mymeetingsrl.com