

AUTOCERTIFICAZIONE DI DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI

NOME		COGNOME	
INDIRIZZO		CAP	CITTA'
TEL.	N° CELL.		
E-MAIL			
LUOGO		DATA DI NASCITA	

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROFESSIONE: _____ DISCIPLINA _____

ATTIVITÀ PROFESSIONALE: LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

Ai sensi dell'art. 76, comma 4, dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017, i docenti, moderatori, relatori, formatori, tutor sono tenuti a sottoscrivere una dichiarazione avente ad oggetto l'esistenza di rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario, intrattenuti nei due anni precedenti all'evento, o l'insussistenza di tali rapporti. La dichiarazione deve essere consegnata al provider, il quale provvede a conservarla e a renderla disponibile presso la sede legale per almeno 5 anni.

A seguito del "Regolamento dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5.11.2009 e per l'accreditamento", approvato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua il 13.01.2010, dell'Accordo Stato-Regioni del 19.04.2012 e di tutta la normativa applicabile in materia di Educazione Continua in Medicina, in qualità di Provider desideriamo segnalarVi il rispetto delle seguenti regole:

- Rispetto dei tempi previsti da programma scientifico;
- Comunicazione alla platea, prima di iniziare la propria relazione, di eventuali conflitti di interesse in campo sanitario;
- Astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare in qualsivoglia modo o forma, la denominazione commerciale di farmaci e non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici ecc.);
- Si potrà ringraziare lo/gli sponsor solo prima dell'apertura ufficiale o alla conclusione dei lavori scientifici, ribadendo l'eventuale conflitto di interesse

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d. l. 269/2003 convertito in legge 25 novembre 2003, n.326 e ai sensi dell'art. dell'art. 3.3 sul Conflitto d'Interessi, pag. 18-19 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012

IN QUALITÀ DI

RESP. SCIENTIFICO MODERATORE RELATORE TUTOR DOCENTE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
 PER L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO
RIUNIONE POLICENTRICA IN EPILETTOLOGIA
 che si terrà a
Roma il 27-28 gennaio 2022

assenza di conflitto di interessi

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Informativa in base Regolamento sulla Protezione dei dati GDPR (2016/679)

Firmando la presente scheda Lei ci autorizza a trattare i Suoi dati personali nel rispetto del Regolamento EU 2016/679. Ai sensi del suddetto decreto, i dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente dalla PTS s.r.l., si precisa che l'informativa sul trattamento dei dati personali deve contenere tra le finalità, l'utilizzo dei dati stessi per i fini ECM, tra cui la pubblicazione dei curricula dei docenti e dei responsabili scientifici nella Banca Dati del sito ECM, accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti e dei docenti".

Data _____ Firma _____