

DICHIARAZIONE DI TRASPARENZA O CONFLITTO DI INTERESSI

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.

Il sottoscritto _____ Codice Fiscale _____
Cognome e Nome

indicazione professionale ❑ Libero Professionista ❑ Dipendente ❑ Convenzionato ❑ Privo di occupazione

in qualità di ❑ Moderatore ❑ Relatore ❑ Coordinatore ❑ Tutor ❑ Docente ❑ Autore Abstract

dell'Evento formativo in oggetto, che si svolgerà presso **Università degli Studi Link Roma Francisci di *Roma* dal 17 al 19 Maggio 2027**
organizzato da My Meeting Srl in qualità di Provider Standard n. 1396

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi dell'Accordo Stato-Regioni del 02.02.2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

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 negli ultimi due anni non ha intrattenuto alcun rapporto con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario, e dunque l'assenza di conflitto di interessi rispetto a questo Evento.

❑ che negli ultimi due anni ha intrattenuto i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

_____

_____

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 a questo 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 in ambito sanitario, 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, anche 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 del Regolamento EU 2016/679 (GDPR) del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e del D.Lsg 30/06/2003 n° 196 e successive modifiche ed integrazioni, 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, nonchè 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. Di aver preso visione dell'Informativa Nazionale Formatori Corsi ECM consultabile al link https://ecm.agenas.it/privacy-policy

In Fede _____ Data _____
(firma leggibile)

Si prega di allegare all'abstract il presente modulo compilato scannerizzato/fotografato

cod. ***V1 ABS***