

Dichiarazione sostitutiva di certificazione, relativa alla
insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi,
(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a **SOTGIU AURORA** - C.F. **STGRR83B58I4520**

Nato/a a **Sassari (SS)** il **18/02/1983**

residente a **Brugherio** provincia _____ cap. **20861** via **V. KENNEDY, 9**

libero-professionista/consulente presso l'ASST RHODENSE per l'espletamento dell'incarico di **Docente**

all'evento formativo **Formazione residenziale classica (fino a 100 partecipanti)**

dal titolo: **LA RIABILITAZIONE EQUESTRE PER IL PAZIENTE PSICHIATRICO: ELEMENTI DI BASE E AGGIORNAMENTI CLINICI**

dal **05/11/2021 al 05/11/2021 (Edizione 1)**

conferito con provvedimento/incarico n. 72300/21 del 03/11/2021

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

dichiara

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. C) del D.Lgs. n. 33/2013 (barrare solo la casella di interesse):

i seguenti dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

Incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione	Data di conferimento e durata dell'incarico
/	/
/	/

Ente presso il quale si svolge la prestazione professionale	Periodo di svolgimento della prestazione	Oggetto della prestazione
/	/	/
/	/	/

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla Legge n. 190/2012, in relazione alle attività suddette.

che sussistono le seguenti situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla Legge n. 190/2012, in relazione alle attività suddette:

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'USC che ha conferito l'incarico, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

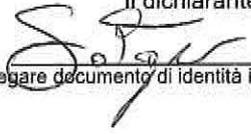
Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, che i dati personali

raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Quanto sopra anche ai fini della pubblicazione della presente autodichiarazione sul sito internet dell'Azienda, come prescritto dal D.Lgs. n. 33/2013.

05/11/2011, li 6 ARAGOSTE 1712-53

Il dichiarante


(allegare documento di identità in corso di validità)



Direzione Generale

Ufficio Formazione Permanente

Tel: 02 994302.005

Fax: 02 994302.507

Mail: ufp@asst-rhodense.it

AP/tb Atti 137/21 Scheda 71 AQ

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a **SOTGIU AURORA** nato/a a **Sassari (SS)**

il **18/02/1983** e residente a **Brugherio** in via **V. KENNEDY, 9** CAP **20861**

C.F. **STGRRA83B5814520** professione **Tecnico della educazione e riabilitazione psichiatrica e psicologia**

tel.lavoro _____ cell. **335 6563052** fax _____

e-mail **aurora.sotgiu@ospedaleniguarda.it**

CHIEDE

di partecipare all'evento formativo Formazione residenziale classica (fino a 100 partecipanti) dal titolo **LA RIABILITAZIONE EQUESTRE PER IL PAZIENTE PSICHIATRICO: ELEMENTI DI BASE E AGGIORNAMENTI CLINICI (Id 165549)** dal **05/11/2021** al **05/11/2021** (Edizione 1)

- con sponsorizzazione (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);
- in qualità di docente/relatore/tutor/moderatore con incarico retribuito;
- in qualità di docente/relatore/tutor/moderatore con incarico non retribuito;
- in qualità di docente/relatore/tutor/moderatore con incarico con solo rimborso spese;
- di ricoprire il ruolo di responsabile dell'evento

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 della L. 25.11.2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di conflitto di interessi:

- di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda/Agenzia/Istituto e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;
- di non aver usufruito per più di 2 volte nell'arco dell'anno in corso del contributo per il rimborso spese per partecipazione a eventi formativi esterni dallo stesso sponsor

In fede*

Data

18/02/2021

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di coinvolgimento diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o compartecipe di quote di impresa, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente /relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.

* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

