Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense
S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE
S.S. Formazione
Mail: ufp@asst-rhodense.it

SM/cm Atti 137/25 scheda 70/Q exp

DICHIARAZIONE 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 **PIZZERA ELISA** nato/a a il e residente a in via C.F.

in qualità di **Docente**

all'evento **LA COMUNICAZIONE CON LA FAMIGLIA DEL POTENZIALE DONATORE** ID.n. **213151**

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 del DL. 30 settembre 2003, n.269, convertito con modificazione dalla L.24 novembre 2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di assenza 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
- ☐ se si specificare: _____
- ☒ 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;

DICHIARA INOLTRE

(ai sensi dell'art.76 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017)

- ☒ che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti di natura finanziaria e lavorativa con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario;
- ☐ che nell'ultimo biennio ha avuto i seguenti rapporti di natura finanziaria e lavorativa con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario;

1) _____

2) _____

3) _____

Data 22/08/25 In fede* F.TO Pizzera Elisa

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza 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 imprese, 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.

Sede Legale: viale Forlanini, 95 - 20024 Garbagnate Milanese - Tel. 02.994.301 - Cod. Fisc. e Part. IVA: 09323530965
posta elettronica certificata: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it - web: www.asst-rhodense.it