



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 **CHIODI LUCIA** nato/a a **Magenta (MI)**
il **27/09/1971** e residente a in via **CAP**
C.F. **CHDLCU71P67E801S** professione **Infermiere**
tel.lavoro _____ cell. _____ fax _____
e-mail **luciachiodi@live.com**

CHIEDE

di partecipare all'evento formativo Gruppi di miglioramento dal titolo **TECNICHE DI RIABILITAZIONE COGNITIVA: UTILIZZO DEL PROGRAMMA COGPACK**

dal **21/04/2021** al **20/10/2021** (Edizione 1) dal **21/04/2021** al **20/10/2021** (Edizione 1) dal **21/04/2021** al **20/10/2021** (Edizione 1) dal **21/04/2021** al **20/10/2021** (Edizione 1) dal **21/04/2021** al **20/10/2021** (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 scientifico 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*

Lucia Chiodi

Data

13/4/22

(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, o sia titolare o partecipante di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come contatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente/relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si prescinde 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 l'interesse di conflitto di interessi.

* 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.