

AUTOCERTIFICAZIONE

AI SENSI DEL DPR. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Oggetto: Partecipazione in qualità di DOCENTE/RELATORE

Attività formativa CORSO ANNO 2010 DI FORMAZIONE IN “FISIOPATOLOGIA, TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE”

Luogo NAPOLI - FACOLTA' DI FARMACIA – V. Domenico Montesano, 49 - 80131

Data di inizio 11 GENNAIO 2010.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n° _____ C.A.P. _____ C.F. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 48 comma 25, del D.L. 269/2003, convertito in Legge 25/11/2003 n. 326,

DICHIARA

di non avere interessi diretti o indiretti (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità nell'attività formativa;

di non aver avuto, nell'ultimo biennio, 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.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data Firma Leggibile

(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.