***CONVEGNO SIN REGIONE MARCHE/UMBRIA***

**Piattaforma ZOOM*, 4 DICEMBRE 2020***

Il/La sottoscritto/a Dr./Prof.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza/Corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, in Qualità di Moderatore, Relatore, Formatore, Tutor, Docente al Congresso/Corso/Evento in Oggetto, ai sensi dell’art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18 e 19 dell’Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012 e successive modifiche, per conto di **SIN** (Società Italiana di Neurologia)

**DICHIARA**

* che non sussistono condizioni che comportano un Conflitto di Interessi (dove per conflitto di interessi si intende la situazione in cui un soggetto svolge contemporaneamente due ruoli differenti con possibilità di interferenza dell’uno sull’altro); in caso contrario si prega di specificare le condizioni che determinano un conflitto nello spazio di seguito

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che negli ultimi 2 anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in “Campo Sanitario” (per rapporti di finanziamento si intende l’aver fatto studi e ricerche regolati da contratti a pagamento stipulati direttamente dalle (o con le) Aziende – **NON** si intendono attività di Docenza a Congressi con relativo “*Grant*”):

*Elencare di seguito i soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*

(Intrattenuto i seguenti rapporti Professionali e/o Economici con le seguenti Aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari)

-

-

-

-

* che nel rispetto dei criteri indicati dalla C.N.F.C. secondo la regolamentazione approvata il 13/01/2010 e l’accordo Stato-Regioni del 19/04/2012 in materia di pubblicità (pag. 15), il proprio intervento in qualità di Moderatore/Relatore sarà indipendente da qualsiasi influenza commerciale: nell’attività formativa non verranno indicati nomi commerciali e/o logo di farmaci, strumenti, presidi, ma solo nomi generici.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall’art.76 del DPR n.445 del 28/12/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.”

“Dichiara, altresì, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali del 30/06/2003) e dell’Art. 13 del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento ECM per il quale la presente dichiarazione viene resa. Ai sensi e per gli effetti del suddetto D. lgs. il sottoscritto conferisce altresì a SIN (Società Italiana di Neurologia) il consenso alla pubblicazione del proprio Curriculum Vitae e dati personali nell’applicazione ECM (www.agenas.it).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Città e Data)