

### SOLO PER I LEADER CIVICI

#### Patients' Involvement in HTA. Percorso di formazione per Leader civici e operatori del SSN Bolzano 26-28 ottobre e 16-18 novembre 2016

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_, quale iscritto al **Patients' Involvement in HTA. Percorso di formazione per leader civici e operatori del SSN**, ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto d'Interessi, pag. 17 del Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009,

#### Dichiaro

(mettere una X a fianco delle dichiarazioni che si sceglie di sottoscrivere)

- di non svolgere attività in conflitto di interessi con l'oggetto del corso, quali la produzione, il commercio, la rappresentanza, la pubblicità di farmaci, dispositivi medici, dispositivi medici diagnostici in vitro, apparecchiature elettromedicali o loro componenti, alimenti dietetici o per l'infanzia, medicinali omeopatici, e/o che produce e/o commercializza solo dispositivi su misura, vale a dire dispositivi fabbricati appositamente, sulla base della prescrizione scritta di un medico debitamente qualificato e indicante, sotto la responsabilità del medesimo, le caratteristiche specifiche di progettazione del dispositivo, e destinati ad essere utilizzati solo per un determinato paziente. Dichiaro inoltre di non avere interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore della Sanità;
- di non avere *in corso* rapporti di dipendenza o di collaborazione professionale con aziende sanitarie pubbliche e private;
- di non aver ricevuto nel corso degli ultimi 2 (due) anni finanziamenti e di non aver avuto rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

oppure

- di aver ricevuto nel corso degli ultimi 2 (due) anni i finanziamenti di cui appresso, dalle fonti pure nel seguito indicate:

| Data | Importo | Fonte | Tipo contratto |
|------|---------|-------|----------------|
|      |         |       |                |
|      |         |       |                |
|      |         |       |                |

|        |       |        |
|--------|-------|--------|
| Luogo: | Data: | Firma: |
|--------|-------|--------|