REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
a CARATTERE SCIENTIFICO
Burlo Garofolo di Trieste

DIREZIONE GENERALE
CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE
tel.+390403785206 •
e-mail: segreteria.formazione@burlo.trieste.it
pec: OIBurloTS.protgen@certsanita.fvg.it
34137 Trieste, via dell'Istria 65/1

Ai sensi del paragrafo 3.3 sul conflitto di interessi, allegato n. 2.3.3 dell'Accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012 e della vigente disciplina regionale in materia, Il/la sottoscritto/a Stefano Facchin
nato/a (*comune*) *prov.*)
il residente a (*via/piazza, numero civico, comune, prov., CAP*)

sotto la propria responsabilità e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall'art. 48, comma 25, del D.L. n. 269/2003 convertito nella L. n. 326/2003, nella qualità di:

☐ responsabile scientifico ☒ docente ☐ docente sostituto ☐ tutor nell'evento formativo codice **IRCBG_22127 "L'isteroscopia operativa ambulatoriale"**, organizzato dal provider I.R.C.C.S materno infantile Burlo Garofolo di Trieste.

DICHIARO

☒ di non avere relazioni di coniugio o assimilate (ad es convivenza more uxorio), parentela o affinità sino al secondo grado, con direttori di vertice (direttore generale, scientifico, amministrativo, sanitario, di dipartimento) o componenti di organi e/od organismi istituzionali dell'IRCCS Burlo Garofolo.

☐ la presenza di conflitto di interessi (In caso di assenza di conflitto non compilare ma solo firmare) relativamente alle docenze/relazioni/attività da me tenute nell'evento formativo indicato, in quanto ho avuto negli ultimi 2 anni, con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario, i seguenti rapporti:

1
2
3
4

IL DICHIARANTE
bile

Autentica della firma

Attesto che il/la dichiarante, identificato/a in base a ..... rilasciato da ..... il .....ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione

Luogo e data ..... **Il funzionario incaricato**.....

Oppure, in luogo dell'autentica di firma, allegare fotocopia di valido documento d'identità.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (così come modificato dal D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82) le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi di amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.

Accertato che, ai sensi della normativa vigente, si è provveduto a richiedere al RSC/docente/ tutor del corso IRCBG_22127 **"L'isteroscopia operativa ambulatoriale"** di presentare un curriculum vitae, dalla lettura del quale e dalle dichiarazioni rese dal professionista, non emergono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in capo al medesimo relativamente allo svolgimento dell'incarico di cui sopra.

Il Responsabile f.f. del IRCCS BURLO GAROF. TRIESTE
Dott.ssa Ma Direzione Cent Ostetrica Mar
BURLO

Regione FVG	Modulo: Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte del docente e/o altre figure	
05.10.2015	Versione n. 1	Approvata dal Comitato di Garanzia

INFORMATIVA e DIRITTI dell'INTERESSATO artt. 12-21 del Regolamento UE 679/2016

Direzione Generale
Struttura competente: Centro Attività Formative
Responsabile f.f.: *Dott.ssa Martina Debelli*
Responsabile del Procedimento/Procedura: *Sig.ra Adriana Versa*
Responsabile dell'Istruttoria: *Sig.ra Adriana Versa*
• tel: +390403785206
• e-mail: *segreteria.formazione@burlo.trieste.it*