

## **DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI**

*(Responsabile Scientifico)*

*Ai sensi del paragrafo 4.4 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, il Responsabile scientifico dell'evento deve sottoscrivere una dichiarazione sulla trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con i soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti l'evento formativo, nonché sull'indipendenza dei contenuti formativi da interessi commerciali.*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di **Responsabile Scientifico** dell'evento ECM

ID evento \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

organizzato dal **Provider ECM ID** \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

che **negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti** con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario.

### **DICHIARA**

che **negli ultimi due anni ha avuto rapporti** con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **DICHIARA INOLTRE**

di **non intrattenere con imprese commerciali operanti in ambito sanitario** i seguenti rapporti\*:

- Rapporto di lavoro subordinato;
- Collaborazione o consulenza continuativa che ponga il soggetto in modo stabile all'interno dell'organizzazione dell'impresa;
- Proprietà, partecipazioni societarie o assunzione di ruoli direttivi.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente al Provider eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*\* Fermo restando quanto sopra e gli obblighi di trasparenza, il farmacista titolare o operante all'interno di farmacie può ricoprire il ruolo di Responsabile Scientifico, in considerazione della specifica competenza del farmacista nell'individuare i fabbisogni formativi della propria professione.*