

**MODELLO B - Personale Prescrittore
da trasmettere preferibilmente via PEC
Alla Responsabile per la prevenzione della corruzione**

Al Direttore della Struttura _____
dr. _____
Sede _____ PEC _____

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI
DEI PROFESSIONISTI NELL'ATTIVITA' PRESCRITTIVA DI FARMACI/
DISPOSITIVI MEDICI /TECNOLOGIE SANITARIE**

NOME _____
COGNOME _____ (Matricola _____)
TITOLO/RUOLO _____
UNITA' OPERATIVA _____
PRESSO _____
INDIRIZZO E-MAIL STITUZIONALE _____
INDIRIZZO PEC _____

Io sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 smi, in piena conoscenza del PIAO aziendale vigente (sezione Rischi corruttivi e Trasparenza); consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività di **medico prescrittore** svolta presso _____

e consapevole, altresì, che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia, che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con la ASL di Lecce; **sotto la propria responsabilità**, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, con la presente dichiaro quanto segue:

di non detenere, a mia conoscenza, interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria:

oppure, **di detenere** i seguenti interessi diretti o indiretti nelle seguenti azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria:

di non aver avuto, nel triennio precedente alla presente dichiarazione e/o in quello in corso, interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate ad azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria, nonché il pagamento di diritti e/o il possesso di quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da

brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di azienda farmaceutica/produttore/organizzazione sanitaria;

oppure, **di aver avuto**, nel triennio precedente alla presente dichiarazione e/o in quello in corso, interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate ad azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria, nonché il pagamento di diritti e/o il possesso di quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di azienda farmaceutica/produttore/organizzazione sanitaria, come di seguito riportato:

di non aver svolto alcuna attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali risultanti da uno specifico contratto con aziende farmaceutiche (ad esempio produzione di farmaco/dispositivo medico o sanitario/altra tecnologia sanitaria o ricezione fondi di ricerca sotto forma di contratti di ogni genere, doni, ricerche commissionate o borse di studio da parte di sponsor/azienda farmaceutica/produttore/ organizzazione sanitaria);

oppure, **di aver svolto** la seguente attività retribuita per attività di consulenza e prestazioni professionali risultanti da uno specifico contratto con l'azienda farmaceutica, indicando la tipologia del servizio prestato (ad esempio produzione di farmaco/dispositivo medico o sanitario/altra tecnologia sanitaria o ricezione fondi di ricerca sotto forma di contratti di ogni genere, doni, ricerche commissionate o borse di studio da parte di sponsor/azienda farmaceutica/produttore/ organizzazione sanitaria):

di non aver percepito finanziamenti diretti derivanti dal pagamento delle spese congressuali (quota di iscrizione o delle spese di viaggio, alloggio e soggiorno), da sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria;

oppure, **di avere percepito** il seguente finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali (quota di iscrizione o delle spese di viaggio, alloggio e soggiorno), da sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria:

di non aver partecipato, nel triennio precedente e/o in quello in corso alla presente dichiarazione, a consigli di amministrazione o comitati di impresa, società o partenariati, associazioni, fondazioni, organizzazioni non governative o altri enti giuridici;

oppure, **di aver partecipato**, nel triennio precedente e/o in quello in corso alla presente dichiarazione, a consigli di amministrazione o comitati di impresa, società o partenariati, associazioni, fondazioni, organizzazioni non governative o altri enti giuridici , come di seguito riportato:

di non avere relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza *more uxorio* con soggetti la cui attività è correlata con la mission sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria dei suoi rappresentanti commerciali o suoi titolari di fornitura;

oppure, **di avere relazioni di parentela** entro il secondo grado o affinità o convivenza *more uxorio* con soggetti la cui attività è correlata con la mission sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria i suoi rappresentanti commerciali o i suoi titolari di fornitura, come di seguito riportato:

di non essere membro (Socio/Presidente/Componente del Cda/Comitato Scientifico/Altro) di una Fondazione o altra persona giuridica con o senza scopo di lucro;

di essere membro (Socio/Presidente/Componente del Cda/Comitato Scientifico/Altro) di una Fondazione o altra persona giuridica con o senza scopo di lucro, come di seguito riportato:

Dichiaro qualsiasi altro interesse finanziario che possa influenzare l'esercizio delle mie funzioni (indicare eventuali altri interessi finanziari e/o eventuali informazioni integrative):

Nel caso in cui intervengano fatti o interessi che modifichino la situazione esistente rispetto a quanto dichiarato con il presente atto, sarà mia cura darne immediata comunicazione e compilare una nuova dichiarazione specificando i cambiamenti intervenuti.

Questa dichiarazione non mi esenta, pertanto, dall'obbligo di dichiarare qualsiasi conflitto di interesse, anche solo potenziale, che dovesse sorgere in futuro.

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE
