

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 _____