



## ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

OPI

### AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., connesso con le disposizioni di cui all'art. 73, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per la ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a MARIA BERON nato/a PAVIA  
Il 26/01/13 cf. BATTT.PIA246390V  
residente a GUSPIG In via VIA EMILIO GEMELLI 10 Ps

#### CHIEDE

Di partecipare all'evento **BASIC LIFE SUPPORT (BLS) AMERICAN HEART ASSOCIATION** in qualità di Docente/Relatore

#### DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 della L. 25.11.2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di conflitto di interessi:

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con Opi Pavia ai sensi della normativa vigente, né altre cause di incompatibilità a svolgere incarichi per conto di OPI Pavia;
- che nell'ultimo biennio non ha avuto fonti di finanziamento e rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario (intesi come supporti per ricerche o consulenza scientifica);
- di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda/Agenzia/Istituto e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;

#### SI IMPEGNA

- 1) a far sì che l'attività formativa espletata nell'ambito dell'Evento sia obiettiva, equilibrata e non influenzata da interessi diretti o indiretti di soggetti portatori di interessi commerciali, e in particolare: a) a non effettuare pubblicità di qualsiasi tipo per specifici prodotti di interesse sanitario; b) a indicare solo i nomi generici (di farmaci, strumenti, presidi) e a non indicare alcun nome commerciale, neanche se non correlato con l'argomento trattato; c) a comunicare prima dell'inizio dell'evento ai discenti le eventuali fonti di finanziamento ed i rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario sopra riportati;
- 2) a far sì che durante l'attività formativa dallo stesso espletata nell'ambito dell'Evento non vengano proiettate immagini coperte da diritto d'autore o altri diritti di proprietà industriale di terzi (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, pubblicazioni edite a stampa, testi, riproduzioni o estratti tratti da siti Internet protetti), immagini identificative di farmaci e/o apparecchiature elettro-medicali e/o immagini che possano configurare in alcun modo violazione della privacy dei pazienti

#### AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 679/2016 in tema di privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dell'accreditamento ECM dell'evento formativo per il quale la dichiarazione viene resa, dal Titolare del Trattamento OPI PAVIA e per l'invio di informative o newsletter relative a nuove iniziative e servizi del Titolare del Trattamento

#### ACCONSENTE

In riferimento alla partecipazione in qualità di docente dell'evento, a mettere a disposizione di OPI PAVIA il proprio materiale didattico in caso di verifiche della Commissione Nazionale ECM circa la corretta gestione dell'evento formativo stesso.

Data

26/01/13

Firma

Tel. 038252609

Codice fiscale 90017010184

Via Flarer n. 10

27100 - Pavia

www.opipavia.it

Info@opipavia.it opipavia@pec.it