



## 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., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a BORRI MICHELE nato/a PAVIA  
Il 31/10/1973 C.F. BRRMHL73R31G388G  
residente a GARLASCO (PV) in via DELLE MIMOSE, 9

#### 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. 30 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 consulenze scientifiche);
- 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 dell'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 essere pubblicata 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; a comunicare prima dell'inizio dell'evento ai discenti le eventuali fonti di finanziamento ed i rapporti con i 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 pubblicate immagini coperte da diritto d'autore o altri diritti di proprietà industriale di terzi (quali, a titolo esemplificativo, immagini esaurienti, 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 una 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 e 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 note 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 materiale didattico in caso di verifiche della Commissione Nazionale ECM circa la corretta gestione del materiale formativo stesso.

Data 31/07/2023

Firma 