



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, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a FOGUE FABIANA nato/a BRONI (PV)
Il 28/4/90 c.f. FGLFBN90N68B201W
residente a ALBUZZANO (PV) in via PAPA GIOVANNI XXIII, 17

CHIEDE

Di partecipare all'evento **BASIC LIFE SUPPORT (BLS) AMERICAN HEART ASSOCIATION** in qualità di **Docente/Relatore** per il periodo dal **25/01/2024** al **31/12/2024**

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 consulenze scientifiche);
- che nell'ultimo biennio **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 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 privativa 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

9/01/2024

Firma

Fabiana Fogue



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PAVIA

"DICHIARAZIONE DEL DOCENTE/FORMATORE"
(da restituire entro 31/12/2023)

(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, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a FOGLI FABIANA nato/a BRONI (PV)
il 28/11/1990 codice fiscale FGLFBN90D68B201W
residente a ALBUZZANO prov. (PV)
in Via/Piazza PAPA GIOVANNI XXIII, n. 17
telefono 3405083696 e-mail FABIANA.FOGLI@YAHOO.IT

Con riferimento all'incarico Prot. n. 0003756/2023 del 05/12/2023 per l'evento "BASIC LIFE SUPPORT (BLS) AMERICAN HEART ASSOCIATION"

dichiaro:

di accettare l'incarico e i conseguenti impegni dallo stesso derivanti, nel rispetto di quanto previsto dai Regolamenti citati.

In fede,

Data 9/01/2024 Firma per esteso Fabiana Fogli