

Dichiarazione sul conflitto di interessi per evento ECM

Il/la sottoscritto/a _____ (Cognome e Nome) _____,
in qualità di delegato del legale rappresentante
del provider __ (Codice) _ - _____ (Ragione Sociale) _____
con riferimento all'evento formativo codice _____
" _____ (titolo) _____ "

Dichiara

ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute (Atti Rep. n. 14/CSR dd. 02.02.2017) e del decreto della Direzione centrale competente n. 2021 dd. 28.12.2017" che:

- non produce, distribuisce, commercializza e pubblicizza prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici;
- che gli eventuali partner (ossia i soggetti giuridici non accreditati che collaborano per la realizzazione dell'evento offrendo un supporto formativo - scientifico, informatico o operativo etc.. per la realizzazione dell'evento) non producono, distribuiscono, commercializzano e pubblicizzano prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici;

dichiara, altresì, che:

- le attività ECM sono svolte in maniera autonoma assumendosi la responsabilità dei contenuti, della qualità e della correttezza etica delle stesse;
- non vi è conflitto di interessi da parte dell'azienda/ente ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 48, comma 25, del D.L. 269/2003 convertito nella L. 326/2003;
- si impegna a segnalare nella lettera di incarico che eventuali conflitti di interesse da parte di tutti i docenti, tutor, moderatori, formatori coinvolti nell'evento formativo, devono essere resi preferibilmente entro 7 giorni dal ricevimento della lettera di incarico e in ogni caso entro la data dell'inizio dell'evento, acquisendo agli atti le relative dichiarazioni ove necessarie;
- di assumersi, nella qualità di provider, la custodia del presente documento datato e firmato e delle analoghe dichiarazioni di docenti, relatori, moderatori e formatori nonché di tutta la documentazione inerente l'evento e di garantirne la messa a disposizione della Regione Friuli Venezia Giulia

Luogo e data

Firma in qualità di delegato del legale rappresentante

(Cognome e Nome)

Regione FVG	Modello: Dichiarazione sul conflitto di interessi per evento ECM	
02.01.2019	Versione n. 2/B	