

**DICHIARAZIONE SULLA TRASPARENZA DELLE FONTI DI FINANZIAMENTO E DEI RAPPORTI CON
SOGGETTI PORTATORI DI INTERESSI COMMERCIALI IN AMBITO SANITARIO**

PER L'EVENTO _____

DATA: _____

Il sottoscritto _____ nato a

_____ il _____

in qualità di **moderatore / relatore** nell'ambito dell'evento ECM organizzato da IZEOS srl consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi leggi speciali in materia,

DICHIARA

(barrare solo una delle seguenti opzioni)

- che nell'ultimo biennio non ha avuti 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 avuti fonti di finanziamento e rapporti con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario (intesi come supporti per ricerche o consulenze scientifiche):

e che detti fonti e rapporti non sono tali da poter influenzare l'attività formativa espletata nell'ambito dell'Evento nel senso di pregiudicare la finalità esclusiva di educazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa, ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Stato-Regioni del 02.02.2017.

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;

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

informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 679/2016 in tema di protezione dei dati personali, che le operazioni di trattamento avverranno, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dell'accreditamento ECM dell'evento formativo per il quale la dichiarazione viene resa, da IZEOS srl, Via della Fiera 23/F Rimini, in qualità Titolare.

ACCONSENTE

in riferimento alla partecipazione in qualità di relatore all'evento, a mettere a disposizione di IZEOS srl il proprio materiale didattico in caso di verifiche della Commissione Nazionale ECM circa la corretta gestione dell'evento formativo stesso.

PRENDE ATTO CHE

Nelle presentazioni e nelle relazioni non potranno essere citati nomi di farmaci, strumenti o dispositivi e che l'informazione dovrà essere obiettiva e non influenzata da interessi diretti o indiretti che ne possano pregiudicare la finalità formativa. Riferimento Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017.

Data _____ Firma _____