

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

Il sottoscritto _____ in qualità di

- ☐ moderatore
- ☐ relatore
- ☐ docente
- ☐ tutor

nell'ambito dell'evento ECM organizzato da Izeos S.R.L. dal titolo

DICHIARA

- ☐ che nell'ultimo biennio non ha avuto fonti di finanziamento e rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario
 - ☐ che nell'ultimo biennio ha avuto fonti di finanziamento e rapporti con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:
-

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; 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 Izeos S.R.L. - izeos@pec.it e per l'invio di informative o newsletter relative a nuove iniziative e servizi del Titolare del Trattamento. La invitiamo altresì a consultare l'informativa privacy di AGE.NA.S disponibile al link <https://ecm.agenas.it/privacy-policy>.

ACCONSENTE

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

Data _____

Firma _____