Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI[1]
SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte I

NOME DANIELE
COGNOME GHILLONI
TITOLO/RUOLO COLL. TEC. PROF. ESP.
INDIRIZZO PROFESSIONALE
INDIRIZZO E-MAIL UFF.TECNICO@ASPPAVIA.IT

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue:

- *consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso* ASP - UFFICI CENTRALI ..... *e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.*

Tab.1

Attività in un'azienda/industria dei settori di interesse	**NO/SI[2]**	**Attualmente o nell'anno trascorso**	**Da oltre 1 anno e meno di 5 anni**	**Da oltre 5 anni**
1.1 Dipendente[3]	NO	—	—	—

[1] I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione – vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione – Parte sanità e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse (ad esempio anche i dirigenti dell'area delle professioni sanitarie).

[2] Se la risposta è affermativa, compilare le voci successive

[3] Indipendentemente dalla tipologia del contratto di lavoro

1.2 Consulente				
1.3 Sperimentatore Coordinatore *(Principal Investigator)*				
1.4 Membro di una Assemblea Consultiva, di un Comitato direttivo/comitato etico, di Commissioni per prontuari terapeutici - ospedalieri, di Nuclei di valutazione HTA, di *Scientific Board* **o organismo equivalente**				
1.5 Sperimentatore (non coordinatore) per lo sviluppo di un prodotto *(Investigator)*				

Luogo e Data Pavia 23.1.2017

IL DICHIARANTE

.....

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ***"Codice in materia di protezione dei dati personali"*****, letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.**

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE

.....

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI[4]

SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte II[5]

Tab.2

	Periodo di attività	Azienda/Industria	Area di attività/prodotto/tecnologia *(Elencare tutte le aree di attività/ prodotti/tecnologie per i quali si è ha avuto un ruolo di responsabilità primaria)*	Indicazione di impiego *(da specificare per i prodotti/tecnologie)*
2.1 Dipendente				

	Periodo di attività	Azienda/Industria	Area di attività/prodotto/tecnologia *(Elencare tutte le aree di attività/ prodotti/tecnologie per i quali si è ha avuto un ruolo di responsabilità primaria)*	Indicazione di impiego *(da specificare per i prodotti/tecnologie)*
2.2 Consulente				

	Periodo di attività	Azienda/Industria	Area di attività/prodotto/tecnologia *(Elencare tutte le aree di attività/ prodotti/tecnologie per i quali si è ha avuto un ruolo di responsabilità primaria)*	Indicazione di impiego *(da specificare per i prodotti/tecnologie)*
2.3 Membro di una Assemblea Consultiva, di un Comitato direttivo/comitato etico, di Commissioni per prontuari terapeutici - ospedalieri, di Nuclei di valutazione HTA, di *Scientific Board* o organismo equivalente				

[4] I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza – vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione – Parte sanità.

[5] Questa seconda parte della sezione obbligatoria va compilata soltanto se nella prima parte sono state date delle risposte affermative

	Periodo di attività	Azienda/Industria	Area di attività/prodotto/tecnologia *(Elencare tutte le aree di attività/ prodotti/tecnologie per i quali si è ha avuto un ruolo di responsabilità primaria)*	Indicazione di impiego *(da specificare per i prodotti/tecnologie)*
2.4 Sperimentatore Coordinatore *(Principal Investigator)*				

	Periodo di attività	Azienda/Industria	Area di attività/prodotto/tecnologia *(Elencare tutte le aree di attività/ prodotti/tecnologie per i quali si è ha avuto un ruolo di responsabilità primaria)*	Indicazione di impiego *(da specificare per i prodotti/tecnologie)*
2.5 Sperimentatore (non coordinatore) per lo sviluppo di un prodotto *(Investigator)*				

Luogo e Data Pavia 23.1.2017 IL DICHIARANTE

.....

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*, letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..SI.. al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data 23.1.2017

IL DICHIARANTE

.....

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI[6]

SEZIONE OBBLIGATORIA[7]

Parte III

Tab.3

Tipologia del rapporto/attività	NO	SI	Azienda/Industria/Prodotto/Tecnologia
3.1 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto lavoro dipendente ed ho percepito compensi direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, relativi alla produzione di farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria[8].			
3.2 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho agito in qualità di consulente per la /le seguente/i organizzazione/i (azienda farmaceutica, HTA, organismi di ricerca pubblici o privati, ecc.)			
3.3 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto studi clinici in relazione allo sviluppo di un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica / altra tecnologia sanitaria.			
3.4 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho partecipato ad un comitato o organo consultivo che ha prodotto decisioni correlate alla ricerca su un farmaco/dispositivo medico/ procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.			

[6] I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza – vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione – Parte sanità.

[7] Per tutte le voci della presente sezione la cui risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione della "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario dei professionisti". Devono intendersi esclusi, ai fini della presente dichiarazione e di quelle successive, gli emolumenti e le liberalità a qualsiasi titolo erogati dalle Associazioni di categoria.

[8] Inserire il numero identificativo delle fatture/altra documentazione attestante la prestazione eseguita.

3.5 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho percepito, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, un contributo per spese di viaggio/alloggio/soggiorno[9] per ricerca su un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.			
3.6 Negli ultimi 3 anni e/o e in quello in corso mi sono state pagate, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, le spese congressuali da sponsor/aziendafarmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari[10].			
3.7 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, fondi di ricerca sotto forma di contratti di sovvenzione, doni, ricerche commissionate o borse di studio/ricerca da parte di sponsor/aziendafarmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria[11].			
3.8 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, forniture di farmaci o attrezzature oppure supporto di tipo amministrativo da sponsor/aziendafarmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria.			

[9] Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione della terza sezione recante "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su inviti ad eventi organizzati da terzi".

[10] Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della terza sezione recante "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su inviti ad eventi organizzati da terzi".

[11] Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della quinta sezione "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".

3.9 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho prodotto una presentazione ad eventi organizzati da sponsor/aziendafarmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria, dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero[12].			
3.10 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho partecipato all'organizzazione di eventi sponsorizzati da sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero[13].			
3.11 Negli ultimi 3 anni e/o quello in corso ho svolto attività o contribuito alla progettazione di un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero.			
3.12 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricoperto una posizione manageriale con funzioni gestionali nel seguente istituto, in cui si svolge ricerca medica che è stata finanziata da parte di sponsor/aziendafarmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.			

[12] Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della terza sezione recante "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su inviti ad eventi organizzati da terzi".

[13] Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della quarta sezione "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".

3.13 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto il pagamento di diritti e/o posseduto quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di sponsor/aziendafarmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.			
3.14 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho avuto interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate asponsor/aziendafarmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.			
3.15 Ho relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza *more uxorio* con soggetti la cui attività è correlata con la mission dell'azienda farmaceutica / produttore /organizzazione sanitaria, i suoi rappresentanti comerciali o i suoi titolari di fornitura[14].			
3.16 Sono membro (Socio/Presidente/Componente del Cda/Comitato Scientifico/Altro) di una Fondazione o altra persona giuridica con o senza scopo di lucro.			
3.17 L'organizzazione, per la quale svolgo una delle attività di cui ai punti precedenti, riceve un fondo o altri finanziamenti da sponsor/aziendafarmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di			

[14] Se la risposta è affermativa, è opportuno che anche coloro che sono legati da rapporti di parentela con il soggetto dichiarante sottoscrivano analoga dichiarazione.

dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.[15]	X		
3.18 Sono impegnato in un'attività che potrebbe essere percepita come un condizionamento/conflitto di interessi e comunque non rientrante in nessun caso di cui ai punti precedenti.	X		

Nel caso in cui intervengano fatti o interessi che modifichino la situazione esistente rispetto a quanto dichiarato con il presente atto, sarà mia cura darne immediata comunicazione e compilare una nuova dichiarazione specificando i cambiamenti intervenuti.

Questa dichiarazione non mi esenta, pertanto, dall'obbligo di dichiarare qualsiasi potenziale conflitto di interesse che dovesse sorgere in futuro.

Luogo e Data 23.1.2017 PU

IL DICHIARANTE

D. Ghilioni

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*, letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data 23.1.2017

IL DICHIARANTE

[15] Esclusivamente per questa fattispecie è prevista la possibilità di inserire la seguente dichiarazione *"non sono a conoscenza"* nel campo relativo alla voce *"azienda, industria, prodotto, tecnologia"* o spuntando la voce relativa prevista per la compilazione digitale.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI[1]
SECONDA SEZIONE

DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

NOME..... DANIELE .....

COGNOME..... GMILLIONI .....

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue:

1) ho avuto, nel triennio precedente alla presente dichiarazione e/o in quello in corso, interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate ad azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria, nonché il pagamento di diritti e/o il possesso di quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di azienda farmaceutica/produttore/organizzazione sanitaria.

Tab.4

4.1 Attività o partecipazione	**Entità dell'interesse finanziario** *(specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/odall'ente/organizzazione in cui si opera)* **1 = da € 500,00 a 1000 lordi** **2= da €. 1001 a 5000 lordi** **3= da 5001 a 10.000 lordi** **4= oltre 10.000 lordi**

[1] I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza – vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione – Parte sanità.

2) ho svolto la seguente attività retribuita per attività di consulenza e prestazioni professionali risultanti da uno specifico contratto con l'azienda farmaceutica, indicando la tipologia del servizio prestato (ad esempio produzione di farmaco/dispositivo medico o sanitario/altra tecnologia sanitaria o ricezione fondi di ricerca sotto forma di contratti di ogni genere, doni, ricerche commissionate o borse di studio da parte di sponsor/azienda farmaceutica/produttore/ organizzazione sanitaria).

4.2 Attività o partecipazione	**Entità dell'interesse finanziario** *(specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/odall'ente/organizzazione in cui si opera)* **1 = da € 500,00 a 1000 lordi** **2= da €. 1001 a 5000 lordi** **3= da 5001 a 10.000 lordi** **4= oltre 10.000 lordi**

3) ho percepito il seguente finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali (quota di iscrizione o delle spese di viaggio, alloggio e soggiorno), da sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria.

4.3 Attività o partecipazione	**Entità dell'interesse finanziario** *(specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/odall'ente/organizzazione in cui si opera)* **1 = da € 500,00 a 1000 lordi** **2= da €. 1001 a 5000 lordi** **3= da 5001 a 10.000 lordi** **4= oltre 10.000 lordi**

4) ho partecipato, nel triennio precedente alla presente dichiarazione, a consigli di amministrazione o comitati di impresa, società o partenariati, associazioni, fondazioni, organizzazioni non governative o altri enti giuridici.

4.4 Partecipazione in società o partenariati	**Entità dell'interesse finanziario** *(specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/odall'ente/organizzazione in cui si opera)* **1 = da € 500,00 a 1000 lordi** **2= da €. 1001 a 5000 lordi** **3= da 5001 a 10.000 lordi** **4= oltre 10.000 lordi**

5) dichiaro qualsiasi altro interesse finanziario che possa influenzare l'esercizio delle mie funzioni (indicare eventuali altri interessi finanziari e/o eventuali informazioni integrative).

Luogo e Data Pavia 23.1.2017

IL DICHIARANTE

X .....

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*, letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo .....SI.....al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data ....23. 1. 2017....

IL DICHIARANTE

.....

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI[1]
TERZA SEZIONE

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SU INVITO AD EVENTI ORGANIZZATI DA TERZI

NOME..... DANIELE .....

COGNOME..... GHILIONI .....

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di un invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato all'evento/i di cui alla seguente tabella, organizzato da terzi, in relazione al/i quale/i le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi[2].

Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero[3]. SI NO

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE.....

---

[1] I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza – vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione – Parte sanità.

[2] Compilare la tabella successiva con le specifiche ivi indicate, nonché specificare le modalità di pagamento distinguendo se percepito direttamente e/o se avvenuto per il tramite dell'ente7organizzazione presso cui il professionista opera. Se si risponde affermativamente a quest'ultimo caso, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione.

[3] Se si risponde affermativamente, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione; in caso contrario va sottoscritta dal medesimo dichiarante.

Tab.5

5.1 SOGGETTO TERZO CHE HA RIMBORSATO/SOSTENUTO LE SPESE	NOME				
	FUNZIONE				
	INDIRIZZO				
5.2 TIPO DI SPESE COPERTE	VIAGGIO	NO	SI	Se SI indicare: TIPO (*ad es. volo, treno*)	
				CATEGORIA (*ad es. economy, business*)	
	ALLOGGIO	NO	SI	Se SI indicare: NOME DELL'ALBERGO	
				N° DI PERNOTTAMENTI	
	SPESE DI SOGGIORNO	NO	SI/IN PARTE	Se SI/IN PARTE (*inserire i dettagli nella sezione sottostante riservata alle note*)	
5.3 DETTAGLIO DELL'EVENTO	DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (*indicare eventuali accompagnatori*)				
	TIPO DI EVENTO (*se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note*).				
	LUOGO				

NOTE:

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della prevenzione della corruzione.

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE.....

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*, letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE

.....

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI[1]
QUARTA SEZIONE

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALL'ORGANIZZAZIONE DI EVENTI SPONSORIZZATI DA TERZI

NOME.....

COGNOME.....

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato in qualità di organizzatore, al seguente evento sponsorizzato da terzi, in relazione al quale le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi[2].

Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero[3]. SI NO

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE.....

---

[1] I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza – vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione – Parte sanità.

[2] Compilare la tabella successiva con le specifiche ivi indicate, nonché specificare le modalità di pagamento distinguendo se è stato percepito direttamente e/o se avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui il professionista opera. Se il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione, la tabella seguente dovrà essere sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente/organizzazione.

[3] Se si risponde affermativamente, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione; in caso contrario va sottoscritta dal medesimo dichiarante.

Tab.6

6.1 SOGGETTO TERZO CHE HA RIMBORSATO/SOSTENUTO LE SPESE	NOME				
	FUNZIONE				
	INDIRIZZO				
6.2 TIPO DI SPESE COPERTE	VIAGGIO	NO	SI	Se SI indicare: TIPO (*ad es. volo, treno*)	
				CATEGORIA (*ad es. economy, business*)	
	ALLOGGIO	NO	SI	Se SI indicare: NOME DELL'ALBERGO	
				N° DI PERNOTTAMENTI	
	SPESE DI SOGGIORNO	NO	SI/IN PARTE	Se SI/IN PARTE (*inserire i dettagli nella sezione sottostante riservata alle note*)	
6.3 DETTAGLIO DELL'EVENTO	DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (*indicare eventuali accompagnatori*)				
	TIPO DI EVENTO (*se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note*).				
	LUOGO				

NOTE:

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della prevenzione della corruzione.

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE.....

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*, letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE

.....

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI[1]

QUARTA SEZIONE

DICHIARAZIONE DEI DONI RICEVUTI DAI PROFESSIONISTI

NOME DANIELE

COGNOME GHILIONI

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue

Ricevuto da:	Data di ricevimento del dono	Ruolo/funzione in cui il professionista ha ricevuto il dono	Descrizione del dono	Valore stimato del dono secondo il professionista	
				<150 EURO	>150 EURO

Luogo e data Pavia 23.1.2017 IL DICHIARANTE D. Ghilioni

[1] I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza – vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione – Parte sanità.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del medico e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data di ricevimento di qualsiasi dono.
Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*, letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo .Si..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data Pavia 23.1.2017

IL DICHIARANTE

.....

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

MODELLO INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"* e successive modifiche, e per quanto lo stesso applicabile, La informiamo che i Suoi dati personali a noi conferiti e comunque da noi trattati in occasione della compilazione della modulistica per la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale formano oggetto, da parte dell'azienda sanitaria, di trattamenti manuali e/o elettronici, nel rispetto di idonee misure di sicurezza e protezione dei dati medesimi, unicamente per finalità di trasparenza.

I Suoi dati, per lo svolgimento del trattamento di cui sopra, non saranno comunicati e/o diffusi o, comunque, trasferiti a soggetti terzi.

Il titolare del loro trattamento è.....

Lei ha il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati conferiti e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 che si riporta integralmente in calce. Ai sensi del medesimo articolo si ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento. Le richieste vanno rivolte al titolare del trattamento tramite e-mail, all'indirizzo .....

Art. 7. D.Lgs 196/2003- Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.