



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹ SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte I

NOME BARBARA
 COGNOME MAGNANI
 TITOLO/RUOLO coll. AMMNO Esperto titolare di P.O.
 INDIRIZZO PROFESSIONALE ASP. V.le Smerse 12 Pareo
 INDIRIZZO E-MAIL uff. Notificata_rp@aspparaia.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 Pareo 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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1.2 Consulente	No			
1.3 Sperimentatore Coordinatore (Principal Investigator)	No			
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	No			
1.5 Sperimentatore (non coordinatore) per lo sviluppo di un prodotto (Investigator)	No			

Luogo e Data 11/01/2016

IL DICHIARANTE

[Handwritten signature]

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 11/01/2016

IL DICHIARANTE

[Handwritten signature]



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI⁴

SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte II⁵

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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

	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 4/1/16 Pavia

IL DICHIARANTE

[Signature]

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 4/1/16 Pavia

IL DICHIARANTE

[Signature]



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI⁶

SEZIONE OBBLIGATORIA⁷

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 .	NO		
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.)	NO		
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.	NO		
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.	NO		

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.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<p>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/soggiorno⁹ per ricerca su un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.</p>	No		
<p>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 sanitari¹⁰.</p>	No		
<p>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 sanitaria¹¹.</p>	No		
<p>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.</p>	No		

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".



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<p>3.9 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho prodotto una presentazione ad eventi organizzati da sponsor/azienda farmaceutica/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 opero¹².</p>	NO		
<p>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 opero¹³.</p>	NO		
<p>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.</p>	NO		
<p>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/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.</p>	NO		

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".



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<p>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/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.</p>	No		
<p>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 a sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.</p>	No		
<p>3.15 Ho relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza <i>more uxorio</i> con soggetti la cui attività è correlata con la mission dell'azienda farmaceutica / produttore /organizzazione sanitaria, i suoi rappresentanti commerciali o i suoi titolari di fornitura¹⁴.</p>	No		
<p>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.</p>	No		
<p>3.17 L'organizzazione, per la quale svolgo una delle attività di cui ai punti precedenti, riceve un fondo o altri finanziamenti da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di</p>	No		

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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari. ¹⁵			
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.	NO		

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 11/1/16 Perù

IL DICHIARANTE

[Signature]

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 11/1/16 Perù

IL DICHIARANTE

[Signature]

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 PROFESSIONISTI¹

SECONDA SEZIONE

DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

NOME..... BARBARA

COGNOME..... MAGNANI

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
<u>NO</u>	
<u>NO</u>	

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

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
No	
No	

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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

no	
no	

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
no	
no	

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 M/1/16

IL DICHIARANTE

[Handwritten Signature]



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, autorizzoal trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data *Pavia 4/1/16*.....

IL DICHIARANTE

[Handwritten signature]



Spemnia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹
TERZA SEZIONE

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SU INVITO AD EVENTI ORGANIZZATI 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 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 terzi².

Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero³.

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 successivamente con le specifiche ivi indicate, nonché specificare le modalità di pagamento distinguendo se percepito direttamente e/o se avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione 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.



Spese Nazionali per i Servizi Sanitari Regionali

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/N PARTE	Se SI/N 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					



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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

.....



Sperrma Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹
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 terzi².

Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero³.

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.



Spesa Nominata per i Servizi Sanitari Regionali

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				



Spenna Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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 PROFESSIONISTI¹

QUARTA SEZIONE

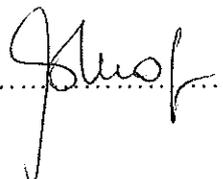
DICHIARAZIONE DEI DONI RICEVUTI DAI PROFESSIONISTI

NOME.....BARBARA.....

COGNOME.....MAGNANI.....

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 dataM/1/16..... 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.



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 al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data ...M / 1 / 16.....

IL DICHIARANTE

.....
