

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto.....CF.....  
nato a.....prov.....il...../...../.....residente a.....  
cap.....prov.....indirizzo.....  
recapiti(tel., fax, e-mail):.....  
Carica attuale.....Dipartimento.....Istituzione.....  
Indirizzo Istituzione.....cap.....città.....Prov.....  
incaricato da **SIDeMaST** (Società Italiana di Dermatologia medica e chirurgica e Malattie Sessualmente Trasmesse) con sede in Via Aldo Moro, società organizzatrice dell'evento formativo dal titolo "**85° Congresso nazionale della Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse (SIDeMaST)**" che avrà luogo a Rimini in data **19-20-21-22/05/2010**, di partecipare alla realizzazione del suddetto evento in qualità di docente/relatore

### DICHIARA

1. di essere a conoscenza delle leggi e dei regolamenti che disciplinano le attività di formazione inserite nel progetto ECM del Ministero della Salute con particolare riferimento alle seguenti condizioni il cui mancato rispetto **può determinare l'annullamento dell'evento** ai fini formativi:
  - a) *svolgimento del programma coerentemente con il progetto dell'attività formativa ed ai relativi parametri di valutazione comunicati in sede di richiesta di accreditamento (tematiche, n° di ore di effettiva formazione, presenza effettiva di docenti e discenti, ruolo degli sponsor, svolgimento attività pratiche, materiali di documentazione, valutazione finale dell'apprendimento, ecc.)*
  - b) *garanzia che informazione e attività educativa rispondano a criteri di obiettività e non siano influenzate da interessi diretti o indiretti di singoli componenti del comitato scientifico, del responsabile scientifico e dei singoli docenti/relatori, con soggetti portatori di interessi commerciali (sponsor), che ne possono pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione fornita ai professionisti della sanità.*
  - c) *perché non sussista il conflitto d'interesse è necessario garantire:*
    - *che l'attività formativa è finalizzata esclusivamente all'apprendimento su tematiche medico-scientifiche.*
    - *che nessun Logo e nessuna attività di pubblicità e/o sponsorizzazione di prodotti sarà inserita negli eventi ECM e Corsi FAD. Per la pubblicità delle aziende saranno dedicati spazi precisi e separati dall'attività formativa (con accessi e/o partecipazioni facoltativi da parte dei discenti).*
  - d) *Impossibilità da parte del docente di ottenere i crediti previsti per i partecipanti anche qualora dovesse presenziare per tutta la durata dell'evento; al docente vengono riconosciuti n° 2 crediti per ogni ora completa continuativa di lezione effettuata.*
2. di assumersene, limitatamente a quanto di propria competenza, ogni responsabilità in merito.
3. di essere a conoscenza delle modalità di finanziamento dell'evento e degli sponsor commerciali presenti in qualità di soggetti finanziatori dello stesso.
4. di essere in possesso delle qualifiche e delle capacità tecnico-scientifiche necessarie per il corretto espletamento dell'incarico come descritte nel "breve" **curriculum vitae** che si allega alla presente.
5. di essere a conoscenza delle finalità e degli obiettivi formativi dell'evento, e di collaborare con il responsabile scientifico incaricato perché gli stessi vengano raggiunti in coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale e con le finalità di qualificazione specifica dei profili professionali alla cui formazione l'evento è destinato.
6. che in caso di suo impedimento potrà essere sostituito nell'incarico da: ..... del quale si allega "breve" **curriculum vitae**.

Inoltre, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA ,**

**AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 48, COMMA 25, DEL D.L. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326 , L'ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI CON I SOGGETTI PROMOTORI E FINANZIATORI DELL'EVENTO INDICATO**

**Per ricezione e presa visione ai sensi dell'Art. 48, comma 25, del D.L. 269/2003**

Data : \_\_\_\_\_

Timbro e Firma : \_\_\_\_\_

Inoltre, in virtù del principio di necessità nel trattamento dei dati ,

**AUTORIZZA,**

**AI SENSI DELL'ART.13 del D. LGS. N. 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI", IL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNICATI E RACCOLTI (dati personali, materiale didattico) ESCLUSIVAMENTE PER ADEMPIMENTI CONNESSI ALL' ATTIVITA' ECM AD ESPLETAMENTO DEI SEGUENTI SERVIZI :**

*(in mancanza del Suo consenso il servizio non potrà essere erogato)*

- . per l'inserimento nelle anagrafiche nei database informatici aziendali :  accetto  non accetto
- . per l'inserimento nelle anagrafiche nei database informatici del Min. della Salute:  accetto  non accetto
- . per redigere gli atti congressuali:  accetto  non accetto

**Per ricezione e presa visione ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003**

Data : \_\_\_\_\_

Timbro e Firma : \_\_\_\_\_

**Restituisce tramite cartaceo/ via fax al n. 06/35530250 o via e-mail all'indirizzo [dermatologia2010@triumphgroup.it](mailto:dermatologia2010@triumphgroup.it) (previa scannerizzazione)**

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato per accettazione