



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹

SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte I

NOME..... Romolo Massimo Adriano.....
COGNOME..... Boiano.....
TITOLO/RUOLO..... Dirigente Veterinario/Sanitario.....
INDIRIZZO PROFESSIONALE..... Via Feudo San Martino-Caserta.....
INDIRIZZO E-MAIL..... romolo.boiano@aslcaserta1.it.....

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale 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..... Dipartimento di Prevenzione.....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 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Sperimentatore Coordinatore (Principal Investigator) | No | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Sperimentatore (non coordinatore) per lo sviluppo di un prodotto (Investigator) | No | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Luogo e Data Caserta, 17/02/2016

IL DICHIARANTE

Romolo Massimo Adriano Boiano
.....
Romolo M.A. Boiano

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 Caserta, 17/02/2016

IL DICHIARANTE

Romolo Massimo Adriano Boiano
.....
Romolo M.A. Boiano