



# Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI<sup>1</sup> SEZIONE OBBLIGATORIA

### Parte I

NOME..... MARIA.....  
COGNOME..... ALBARANO.....  
TITOLO/RUOLO..... FARMACISTA.....  
INDIRIZZO PROFESSIONALE..... UOC FARMACIA P.O.MELORIO S.M.C.VETERE.....  
INDIRIZZO E-MAIL..... mariaalbarano1959@libero.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..... A.S.L. CE..... 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 del settore di interesse	NO/SI <sup>2</sup>	Attualmente o nell'anno trascorso	Da oltre 1 anno e meno di 5 anni	Da oltre 5 anni
1.1 Dipendente <sup>3</sup>	No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Se la risposta è affermativa, compilare le voci successive

<sup>3</sup> Indipendentemente dalla tipologia del contratto di lavoro



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

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

Luogo e Data *Sfco. Sefere* *23/3/16*

IL DICHIARANTE

*Alberone Jere*

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 *Sfco. Sefere* *23/3/16*

IL DICHIARANTE

*Alberone Jere*



# Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI<sup>4</sup>

### SEZIONE OBBLIGATORIA

#### Parte II<sup>5</sup>

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				
2.2 Consulente				
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				

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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*

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

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

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<sup>6</sup>

### SEZIONE OBBLIGATORIA<sup>7</sup>

#### 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 <sup>8</sup> .	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		

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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/soggiorno<sup>9</sup> 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/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari<sup>10</sup>.</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/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria<sup>11</sup>.</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/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria.</p>	NO		

<sup>9</sup> 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".

<sup>10</sup> 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".

<sup>11</sup> 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><b>3.9</b> 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 opero<sup>12</sup>.</p>	NO		
<p><b>3.10</b> 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<sup>13</sup>.</p>	NO		
<p><b>3.11</b> 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><b>3.12</b> 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		

<sup>12</sup> 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".

<sup>13</sup> 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><b>3.13</b> 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><b>3.14</b> 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><b>3.15</b> 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 fornitura<sup>14</sup>.</p>	NO		
<p><b>3.16</b> 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><b>3.17</b> 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		

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





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari. <sup>15</sup>			
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 *Sve. Verona 23/3/26*

IL DICHIARANTE

*Alberico Leone*

**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 *Sve. Verona 23/3/26*

IL DICHIARANTE

*Alberico Leone*

<sup>15</sup> 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<sup>1</sup>

### SECONDA SEZIONE

#### DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

NOME..... MAIA .....

COGNOME..... ALVANO .....

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:

- 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

<sup>1</sup> 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).

<b>4.2 Attività o partecipazione</b>	<b>Entità dell'interesse finanziario</b> <i>(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/o dall'ente/organizzazione in cui si opera)</i>  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.

<b>4.3 Attività o partecipazione</b>	<b>Entità dell'interesse finanziario</b> <i>(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/o dall'ente/organizzazione in cui si opera)</i>  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*


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.

<b>4.4 Partecipazione in società o partenariati</b>	<b>Entità dell'interesse finanziario</b> <i>(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)</i>  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 .....

IL DICHIARANTE

.....



*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 .....al trattamento dei miei dati personali.**

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE

.....



# Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI<sup>1</sup>

### QUARTA SEZIONE

#### DICHIARAZIONE DEI DONI RICEVUTI DAI PROFESSIONISTI

NOME..... MARIA .....

COGNOME..... ALBARANO .....

*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
NESSUNO			NULLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luogo e data St. E. V. V. V. ..... IL DICHIARANTE [Signature] .....  
23/3/16

<sup>1</sup> 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 *Strevi 23/3/16*

IL DICHIARANTE

*Albino* .....