



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹ SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte I

NOME..... MARIATERESA.....
COGNOME..... CAPPABIANCA.....
TITOLO/RUOLO..... DIRIGENTE MEDICO VETERINARIO.....
INDIRIZZO PROFESSIONALE..... SERVIZIO VETERINARIO I. A. P. Z......
INDIRIZZO E-MAIL..... MARIATERESA.CAPPA@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 DIPARTIMENTO DI PREV.NE U.O.C. SERV. VETER. IAPZ 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 01.03.2016.....

IL DICHIARANTE

Mariateresa Cappadona.....

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 01.03.2016.....

IL DICHIARANTE

M. Cappadona.....