

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA  
DI CAUSE INCOMPATIBILITA'**

(dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il/La sottoscritto/a NEGRÒ MARIA GRAZIA nato/a a CASARIO VE il 22/03/66 residente a CATODRI PE via C. CARIBALDI nella Sua qualità di COLLABORATORE COCCO della Azienda ASL di Caserta ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto propria personale responsabilità

**DICHIARA**

che per la funzione di AMESTESI STA RIAMI VENTORI COCCO

non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità in conformità alla normativa vigente alla data del conferimento della suddetta funzione ai sensi dall'art. 29-ter (Disposizioni transitorie in materia di incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39) del D.L. n. 69 del 21 giugno 2013 convertito nella Legge 9 agosto 2013 n. 98;

oppure

sono sopravvenute a far data dal ..... le cause di incompatibilità di seguito indicate:.....

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali cause di incompatibilità che dovessero verificarsi prima della scadenza dell'incarico e/o funzione nonché a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013.

Allega copia del documento di riconoscimento, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/00 e dichiara di essere a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. applicabili in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R. n. 445/00, nonché dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità indicate dall'art. 71 del medesimo D.P.R. 445/00.

Li, 08/09/15

Firma [Signature]

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, 09/09/15

Firma [Signature]

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA  
DI CONFLITTO D' INTERESSE**

(dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il/la sottoscritto/a NECRO MARIA GRAZIA nato/a a CASALIOVE il 22/03/55 residente a CAPODRISE via C. CARIBALDI

Dipendente dell'Azienda ASL Caserta in qualità di ADIBOTTE PLINIA in servizio presso la U.O.C./U.O.S./U.F./ Sezione MARCIANISE - MADDAIONE

avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e. 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto propria personale responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 nonché del Codice di comportamento dei dipendenti della ASL Caserta di cui alla Deliberazione n. 91 del 31.01.2014

di **non aver avuto negli ultimi 3 anni** rapporti diretti o indiretti di collaborazione in qualunque modo retribuiti, con soggetti privati

di **aver avuto negli ultimi 3 anni** rapporti diretti o indiretti di collaborazione in qualunque modo retribuiti, con i seguenti soggetti privati

che **non sussistono** tuttora rapporti finanziari tra il sottoscritto ed i soggetti con i quali ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;

che **sussistono** tuttora rapporti finanziari tra il sottoscritto ed i soggetti con i quali ha avuto i predetti rapporti di collaborazione, che si elencano di seguito:

che **non sussistono** tuttora rapporti finanziari tra i parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente del sottoscritto ed il soggetto con il quale ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;

che **sussistono** tuttora rapporti finanziari tra i parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente del sottoscritto ed i soggetti seguenti con i quali ha avuto i predetti rapporti di collaborazione:

che i soggetti privati di cui sopra **non hanno** interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto;

che i soggetti privati di cui sopra **hanno** interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto e, più precisamente i soggetti di seguito indicati

Dichiara altresì che:

**non sussistono** situazioni di conflitto, anche potenziale, di interesse con le attività e/o mansioni e/o responsabilità attribuite al sottoscritto;

**sussistono** situazioni di conflitto, anche potenziale, di interesse con le attività e/o mansioni e/o responsabilità attribuite al sottoscritto di seguito indicate:.....  
.....  
.....

Dichiara di impegnarsi a segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di assegnazione eventuali situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi che dovessero verificarsi.

A tal fine dichiara di aver preso visione del Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Caserta ed, in particolare, degli artt. 6 e 7 di seguito riportati:

*"Art. 6 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse.*

*1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione; b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.*

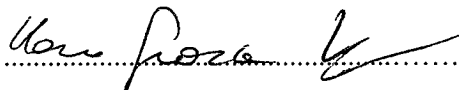
*2. Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici."*

*"Art. 7 - Obbligo di astensione*


*1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza."*

Allega copia del documento di riconoscimento, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/00 e dichiara di essere a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. applicabili in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R. n. 445/00, nonché dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità indicate dall'art. 71 del medesimo D.P.R. 445/00.

Li, 08/09/15

Firma 

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, 08/09/15 Firma 

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA**  
**DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'**  
**AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013**

(dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il/La sottoscritto/a MARIA GRAZIA NEGRO nato/a a CASA PIOMBO il 22/03/65 residente a CAPODRISO via C. CARIBAUDI nella Sua qualità di VESTITIISTA-RIATTATORE-COCO della Azienda ASL di Caserta

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°44, sotto propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole, inoltre, che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dalla stessa amministrazione, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al decreto in oggetto per un periodo di 5 anni

**DICHIARA**

che **non sussistono** cause di inconferibilità di incarichi, incompatibilità di incarichi o svolgimento delle funzioni presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previste dal D.Lgs. n. 39/2013;

che **sussistono** una o più cause di inconferibilità, previste dal D.Lgs. n. 39/2013, di seguito indicate:

- essere stato condannato/a**, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati di cui al capo I titolo II libro II codice penale (o sentenza di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p);
- aver svolto o aver ricoperto** incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale della Campania, *nei 2 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;
- di **essere stato candidato** in elezioni europee, nazionali, regionali e locali in collegi elettorali che comprendano il territorio della Azienda ASL di Caserta, *nei 5 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;
- aver esercitato** la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri, ministro, viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di

controllo, vigilanza o finanziamento del sistema sanitario nazionale, *nei 2 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;

**aver esercitato** la funzione di parlamentare, *nell'anno precedente al conferimento dell'incarico*;

**aver ricoperto** la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione Campania, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del SSR, *nei 3 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;

**aver fatto parte** della giunta o del consiglio della Provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASL di Caserta, *nei 2 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;

altre cause di inconferibilità di seguito indicate.....;

che **sussistono** una o più cause di incompatibilità, previste dal D.Lgs. n. 39/2013, di seguito indicate:

**ricoprire** incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario della Regione Campania ovvero che dette cariche o incarichi siano assunti o mantenuti dal coniuge o dal parente o affine entro il secondo grado;

**svolgere** in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dal Servizio Sanitario della Regione Campania ovvero che dette attività siano assunte o mantenute dal coniuge o dal parente o affine entro il secondo grado;

**esercitare** la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri, ministro, viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale siano assunti o mantenuti dal coniuge o dal parente o affine entro il secondo grado che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del sistema sanitario nazionale o di parlamentare;

**ricoprire** la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione Campania, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del SSR;

**ricoprire** la carica della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione;

**ricoprire** la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione nonché di province, comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione.

altre cause di incompatibilità di seguito indicate.....

Allega a copia del documento di riconoscimento, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/00.

Li, 08/09/15

Firma ..... 

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, 08/09/15

Firma ..... 



# Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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

### Parte I

NOME... MARIA GRAZIA.....  
 COGNOME... NEGRO.....  
 TITOLO/RUOLO... ANESTESISTA - CO.CO.CO.....  
 INDIRIZZO PROFESSIONALE... ASL CE - P.O. MADDALONI, P.O. MARCIANISE.....  
 INDIRIZZO E-MAIL... mariagrazia.negro@comune.pec.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... ASL CE - P.O. MADDALONI, P.O. MARCIANISE.....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 <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 type="checkbox"/>	<input 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	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 CAPODRISE, 10.04.2016

IL DICHIARANTE

MARIA GRAZIA NEGRO

*Maria Grazia Negro*

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 CAPODRISE, 10.04.2016

IL DICHIARANTE

MARIA GRAZIA NEGRO

*Maria Grazia Negro*





# *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**

<b>Tipologia del rapporto/attività</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Azienda/Industria/Prodotto/Tecnologia</b>
<b>3.1</b> 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> .	X		
<b>3.2</b> 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.)	X		
<b>3.3</b> 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.	X		
<b>3.4</b> 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.	X		

<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*

<b>3.5</b> 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.	X		
<b>3.6</b> 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 sanitari <sup>10</sup> .	X		
<b>3.7</b> 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 sanitaria <sup>11</sup> .	X		
<b>3.8</b> 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.	X		

<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*

<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> .	X		
<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> .	X		
<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.	X		
<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.	X		

<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>	X		
<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>	X		
<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>	X		
<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>	X		
<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>	X		

<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/confitto di interessi e comunque non rientrante in nessun caso di cui ai punti precedenti.	X		

*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.*

CAPODRISE, 10.04.2016  
Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE

**MARIA GRAZIA NEGRO**

*Maria Grazia Negro*

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.

CAPODRISE, 10.04.2016  
Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE

**MARIA GRAZIA NEGRO**

*Maria Grazia Negro*

<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.