DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

Il/la sottoscritto/a PETROME MARA DIANA nato a CORIGLIANO CAL. il 06/02/64 avente titolo/ruolo DIRIG. MED. ENDOCRINOLOGIA

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà) e consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso _____, 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:

1. di intrattenere e/o di avere intrattenuto, nella qualità di dipendente, di sperimentatore coordinatore, di consulente, di membro di Assemblea consultiva, comitato o organismo equivalente, di sperimentatore (indicare il periodo a cui risale l'eventuale rapporto e la tipologia di rapporto)

NO

1.2 Se si è risposto al precedente quesito, indicare se negli ultimi 2 anni siano stati percepiti compensi direttamente e/o indirettamente per il tramite dell'ente/organizzazione di cui trattasi relativamente alla produzione di farmaco/dispositivo (indicare l'Ente o l'Organizzazione da cui sono stati percepiti i compensi)

NO

2. di avere svolto nel corso degli ultimi due anni studi clinici in relazione allo sviluppo di un farmaco/dispositivo sanitario

NO

3. di avere operato nel corso degli ultimi due anni in qualità di consulente per la seguente organizzazione e/o azienda

NO

4. di avere svolto, nel corso degli ultimi due anni, studi clinici in relazione allo sviluppo di un farmaco/dispositivo medico sanitario

NO

5. di avere partecipato, nel corso degli ultimi due anni, ad un comitato o organo consultivo che ha prodotto decisioni correlate alla ricerca su un farmaco/dispositivo medico sanitario

NO

6. di avere percepito, nel corso degli ultimi due anni, direttamente o per tramite dell'ente/organizzazione per la quale opera, un contributo per spese viaggio/alloggio/soggiorno per ricerca su un farmaco/dispositivo medico sanitario

NO

No

7. di avere avuto pagate nel corso degli ultimi due anni direttamente o per tramite dell'organizzazione nel quale opera, le spese congressuali da sponsor/aziende farmaceutiche/organizzazioni sanitarie/produttori/fornitori di dispositivi medici o di altri beni sanitari o non sanitari

No

8. di aver ricevuto nel corso degli ultimi due anni, direttamente e/o per tramite dell'Ente/organizzazione nel quale opera, forniture di farmaci o attrezzature, oppure supporto amministrativo da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/ produttore e/o fornitore di dispositivi medici o di altra tecnologia o beni anche non sanitari

No

9. di aver partecipato nel corso degli ultimi due anni all'organizzazione o in qualità di relatore di eventi organizzati da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione/fornitore di dispositivi medici o altre tecnologie anche non sanitarie, dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opera

No

10. di aver svolto nel corso degli ultimi due anni attività o contribuito alla progettazione di un farmaco/dispositivo medico e o sanitario dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opera

No

No

11. di aver ricoperto nel corso degli ultimi due anni o in quello in corso 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 o fornitore di dispositivi medici o di altra categoria di beni anche non sanitari

Come se sponsorizzate nelle pupile
per le cui ricerche sono in possesso
delle stesse

12. di aver ricevuto nel corso degli ultimi due anni il pagamento di diritti e/o di aver posseduto quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale, diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di sponsor/aziende farmaceutiche/organizzazione sanitaria/produttore o fornitore di dispositivi medici e/o sanitari o di altra tecnologia anche non sanitaria

No

13. di aver avuto nel corso degli ultimi due anni interessi finanziari in Aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate a sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore o fornitore di dispositivi medici o di altra tecnologia anche non sanitaria

No

14. di avere relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza *more uxoria* 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.

No

15. di essere componente di una fondazione o altra persona giuridica con o senza scopo di lucro

NO

16. che l'organizzazione per la quale svolge una delle attività di cui ai punti precedenti, riceve finanziamenti da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore o fornitore di dispositivi medici o di altra tecnologia anche non sanitaria

NO

17. di essere 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

18. di aver percepito nel corso degli ultimi due anni doni, direttamente o indirettamente da sponsor/ azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici o di altri beni tecnologici anche non sanitari

NO

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del GDPR 679/16 e consapevole dei diritti spettanti in ordine all'utilizzo dei dati conferiti, si autorizza il trattamento dei propri dati personali.

Luogo e data 25/3/19

D.SSA PEYRONE ¹¹ Dichiarante
127 U. L. PAPARDO
Maria Diana
MARIARA DIANA
Papardo
Med. Derm. 500189546U
Med. Med. ME 7911