



Componenti del Comitato Etico interaziendale
Triennio 2016-2019

ACCETTAZIONE di NOMINA
e DICHIARAZIONE ASSENZA di SITUAZIONI d'INCOMPATIBILITA' e CONFLITTO
d'INTERESSI

Il/la sottoscritto/a BIROLI GIAMPAOLO

nato/a a CASALE MONFERRATO (prov. AL) il 30/06/1973

C.F. BRGRL73H30BRSI

dipendente della struttura A.O.U. "Maggiore della Carità"

oppure

altro (specificare) _____

avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione di cui all'art. 47, del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, c. 1, del medesimo D.P.R., sotto la sua personale responsabilità ai fini di quanto previsto anche dal D.P.R. n. 62/2013, in particolare artt. 5, 6, 7, 13

DICHIARA

di accettare la nomina a componente del Comitato Etico Interaziendale, con sede presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Maggiore della Carità di Novara" (Deliberazioni n. 607 del 27.10.2016 e n. 616 del 31.10.2016), con la qualifica di ESPERTO IN NUTRIZIONE e **di impegnarsi a partecipare ai momenti formativi** predisposti dalla Conferenza Regionale, secondo quanto previsto dalla D.G.R. 25 - 6008 del 25.06.2013;

di attenersi al vincolo di segretezza sugli atti connessi all'attività del suddetto Comitato secondo quanto stabilito dal Regolamento UE n° 679/2016 (GDPR) nonché dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. oltre che ai pronunciamenti del Garante ed in materia di diritto d'accesso di cui alla Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

in qualità di componente del Comitato Etico Interaziendale, **consapevole dell'imparzialità che deve necessariamente informare il corretto svolgimento del suo incarico, sotto la sua responsabilità, dichiara di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità ed inconfiribilità previste dalla vigente normativa e, in particolare, di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità indicate dall'art. 6 del Regolamento Regionale 16 novembre 2001 n. 15/R e/o nelle situazioni di conflitto di interessi** come specificate dall'art. 3, comma 2, punti c) e d) del Decreto del Ministero della Salute del 8 febbraio 2013.

In particolare si **DICHIARA** quanto segue

1. COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSE (se presenti

indicare in allegato 1):

- **di non avere/avere** avuto negli ultimi **tre** anni rapporti di collaborazione, o qualsiasi altra forma di interesse o utilità, diretti o indiretti, con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che operano in ambito socio-sanitario o in attività ad esse correlate, quali possibili promotori di ricerca profit o no profit;
- **di non avere/avere** rapporti di collaborazione o qualsiasi altra forma di interesse o utilità, diretti o indiretti, con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che operano in ambito socio-sanitario o in attività ad esse correlate, quali possibili promotori di ricerca profit o no profit;
- che un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente del sottoscritto, per quanto a conoscenza, **ha/non ha** rapporti finanziari con soggetti privati di cui ai precedenti punti.

2. PARTECIPAZIONI AD ASSOCIAZIONI E ORGANIZZAZIONI (se presenti indicare in allegato 2):

- **di non appartenere/appartenere** ad associazioni/organizzazioni/società scientifiche/altro soggetto privato, a prescindere dal loro carattere lucrativo, aventi ambiti di interesse nell'attività di ricerca in ambito sanitario o correlato, profit o no profit;
- che un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente del sottoscritto, per quanto a conoscenza, **non appartiene/appartiene** ad associazioni/organizzazioni/società scientifiche/altro soggetto privato, a prescindere dal loro carattere lucrativo, aventi ambiti di interessi nell'attività di ricerca in ambito sanitario, profit o no profit.

3. DISPOSIZIONI PARTICOLARI (se presenti dettagliare in allegato 3)

- **di non avere/avere** partecipazioni azionarie ed altri interessi finanziari, diretti o indiretti, che possano porre il sottoscritto in conflitto di interessi con l'attività di ricerca in ambito sanitario o comunque ad esso variamente correlata, profit o no profit
- che un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente del sottoscritto, per quanto a conoscenza, **non ha/ha** partecipazioni azionarie ed altri interessi finanziari che possano porre il sottoscritto in conflitto di interessi con l'attività di ricerca in ambito sanitario o comunque ad esso variamente correlata, profit o no profit

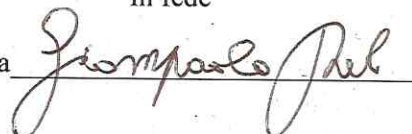
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni variazione sopravvenuta rispetto a quanto dichiarato nel presente modulo, in modo tempestivo.

Si allega fotocopia non autenticata del documento di identità.

Novara, li 23/2/2020

In fede

Firma



Allegato 1 – Elenco rapporti di collaborazione comunque denominati con soggetti privati

Allegato 2 – Elenco delle organizzazioni e/o associazioni a cui il componente aderisce o appartiene e i cui ambiti di interesse possono interferire con lo svolgimento dell'attività del Comitato Etico

Allegato 3 – elenco delle partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari che possono porre il componente in

conflitto di interessi con la funzione pubblica svolta

Nota informativa – conflitto di interessi

Allegato 1

Elenco rapporti di collaborazione comunque denominati con soggetti privati

Indicare se dichiarante, parente, affine, coniuge, convivente	Durata e impegno dell'incarico (indicare inizio e fine dell'incarico e l'impegno orario)	Denominazione soggetto privato	Tipologia di rapporto di collaborazione	Retribuzione (si/no)
DICHIARANTE	A CHIAMATA	AISLA	ESPERTO IN MATERIA DI NUTRIZIONE PRESSO CENTRO D'ASCOLTA	SI

Novara, li 28/2/2020

Il dichiarante
firma Giuseppe Pui

Allegato 2

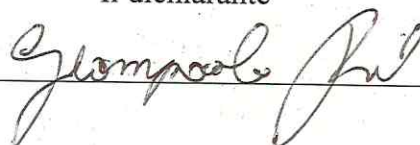
Elenco delle organizzazioni e/o associazioni e/o società scientifiche a cui il componente aderisce o appartiene e i cui ambiti di interesse possono interferire con lo svolgimento dell'attività del Comitato Etico

Indicare se dichiarante, parente, affine, coniuge, convivente	Nome e Tipologia di attività dell'associazione o organizzazione	Periodo di appartenenza e impegno annuale	Ruolo	Retribuzione (si/no)
DICHIARANTE	SIWPS	ANNUALE	SOCIO	NO

Novara, li 28/2/2020

Il dichiarante

firma



Allegato 3

Elenco delle partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari che possono porre il componente in conflitto di interessi con la funzione pubblica svolta.

Indicare se dichiarante, parente, affine, coniuge, convivente	Nome e Tipologia di attività della Società	Periodo dal _____ al _____	Ruolo rivestito	Retribuzione (si/no)

Novara, li 28/2/2020

Il dichiarante
firma 