

Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000

Ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 "Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici" e della DGRV n. 1066 del 28 giugno 2013 "Art. 12, commi 10 e 11, DL 158/2012, convertito con modificazioni dalla L. n. 189/2012: adeguamento delle disposizioni regionali in materia di Comitati Etici per le Sperimentazioni Cliniche. Modifica DGR n. 209/2010 e DGR n. 187/2002."

Il/la sottoscritto/a _____ Turolla Licia _____

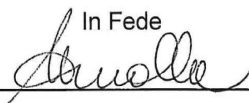
nato/a a ___Adria (RO)_____ il ___19/12/1956_____

individuato quale componente del "Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica" delle province di Treviso e Belluno in qualità di ___esperto di genetica_____

DICHIARA DI

- a. non avere partecipazioni finanziarie in un'impresa del settore farmaceutico/sanitario o in imprese collegate;
- b. non essere dipendente di un'impresa del settore farmaceutico/sanitario;
- c. non essere già componente di tre Comitati Etici;
- d. non partecipare alle valutazioni, votazioni, pareri sulle sperimentazioni per le quali può avere conflitti di interesse (qualora abbia partecipato alla progettazione, allo studio e allo sviluppo della ricerca in esame o qualora venga coinvolto nella esecuzione o direzione della ricerca stessa o che, comunque, abbia rapporti di dipendenza con lo sperimentatore o con il promotore/sponsor dello studio o rapporti di consulenza con l'azienda che produce o commercializza il farmaco, il dispositivo medico o il prodotto alimentare oggetto dello studio).

Unitamente alla presente dichiarazione allega il curriculum professionale.

In Fede


Treviso, 17/12/2020