

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

- [PARTE I](#)
- [PARTE II](#)
- [PARTE III](#)
- [PARTE IV](#)
- [PARTE V](#)
- [PARTE VI](#)
-
- [CONSULTA MODULO](#)
- [STORICO DICHIARAZIONI](#)
- [Logout](#)
- Benvenuto, ydzjtmuccf

[Scarica Allegati](#) [Stampa Moduli](#)

Chiuso il 15 Novembre 2018



SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte I

Nome: ROBERTO

Cognome: TONNARINI

Titolo/Ruolo: DIRIGENZA MEDICA

Indirizzo professionale: Via Portuense, 292

Indirizzo e-mail: roberto.tonnarini@inmi.it

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza 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 **Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS** 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.

1. **Attività:** Dipendente

Periodo: Da oltre 5 anni

Data: 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data: 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

*modulo firmato elettronicamente



SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte II

1. **Attività:** Dipendente

Tipologia Azienda: Altro

Azienda: Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS

Tipologia Attività: Pneumologia

Area di Attività: AMBULATORIO

Tipologia Prodotto/Tecnologia: Altra tecnologia

Prodotto: NON SO

Impiego: NON APPLICABILE

Periodo: 09/2004 - 11/2018

Data: 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data: 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE

ROBERTO TONNARINI*

*modulo firmato elettronicamente



SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte III

- **3.1** 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

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.2** 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.)

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.3** 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.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.4** 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.

Tipologia Azienda:**Azienda:****Tipologia Prodotto/ Tecnologia:****Prodotto:**

- **3.5** 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 per ricerca su un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.

Tipologia Azienda:**Azienda:****Tipologia Prodotto/ Tecnologia:****Prodotto:**

- **3.6** 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/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari

Tipologia Azienda:**Azienda:****Tipologia Prodotto/ Tecnologia:****Prodotto:**

- **3.7** 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/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria

Tipologia fondi di ricerca:**Tipologia Azienda:****Azienda:****Tipologia Prodotto/ Tecnologia:****Prodotto:**

- **3.8** 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/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.9** 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

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.10** 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

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.11** 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.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.12** 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.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.13** 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.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.14** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho avuto interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate asponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.15** Ho relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza more uxorio 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

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.16** Sono membro (Socio/Presidente/Componente del Cda/Comitato Scientifico/Altro) di una Fondazione o altra persona giuridica con o senza scopo di lucro.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **3.17** 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 dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

- **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.

Tipologia Azienda:

Azienda:

Tipologia Prodotto/ Tecnologia:

Prodotto:

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.

Data 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE

ROBERTO TONNARINI*

*modulo firmato elettronicamente



SECONDA SEZIONE

DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

Nome: ROBERTO

Cognome: TONNARINI

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue:

- 5)
dichiaro qualsiasi altro interesse finanziario che possa influenzare l'esercizio delle mie funzioni (indicare eventuali altri interessi finanziari e/o eventuali informazioni integrative).

o

Data 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

*modulo firmato elettronicamente



TERZA SEZIONE

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SU INVITO AD EVENTI ORGANIZZATI DA TERZI

Nome: ROBERTO

Cognome: TONNARINI

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di un invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato all'evento/i di cui alla seguente tabella, organizzato da terzi, in relazione al/i quale/i le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi². Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

SÌ NO

Data 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data dell'evento. Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della prevenzione della corruzione.

Data 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

*modulo firmato elettronicamente



QUARTA SEZIONE

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALL'ORGANIZZAZIONE DI EVENTI SPONSORIZZATI DA TERZI

Nome: ROBERTO

Cognome: TONNARINI

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato in qualità di organizzatore, al seguente evento sponsorizzato da terzi, in relazione al quale le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi. Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

SI NO

Data 15 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
ROBERTO TONNARINI*

*modulo firmato elettronicamente

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - via Puglie, 23 - 00187 Roma - info@agenas.it - tel. 06 427491 - fax 06 42749488 - cod. fisc 97113690586



Attenzione

Salvare le modifiche prima di procedere cliccando sul pulsante Salva.



Your browser is out-of-date!

Update your browser to view this website correctly. [Update my browser now](#)

