



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte I

Nome: MAURO

Cognome: ZACCARELLI

Titolo/Ruolo: DIRIGENZA MEDICA

Indirizzo professionale: Via Portuense, 292

Indirizzo e-mail: mauro.zaccarelli@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: 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo 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: 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte II

1. **Attività:** Dipendente

Tipologia Azienda: Altro

Azienda: Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRC

Tipologia Attività: Malattie infettive e tropicali

Area di Attività: SPECIALISTA AMBULATORIALE

Tipologia Prodotto/Tecnologia: non applicabile

Prodotto:

Impiego:

Periodo: 05/2016 - 04/2018

Data: 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo 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: 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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 Privata

Azienda:

Azienda: GILEAD, VIIV JANSSENCILAG

Tipologia Farmaci

Prodotto/



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tecnologia:**Prodotto:** FARMACI PER LA TERAPIA HIV

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 Privata**Azienda:****Azienda:** ABBVIE, JANNSEN, GILEAD**Tipologia** Farmaci**Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:** FARMACI PER INFEZIONE HIV E HCV

3.7 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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 Privata
Azienda:

Azienda: GILEAD JANSSENCILAG BMS MSD VIIV, ABBVIE

Tipologia Farmaci
Prodotto/



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tecnologia:**Prodotto:** FARMACI PER INFEZIONE HIV E HCV

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 Privata**Azienda:****Azienda:** GILEAD**Tipologia** Farmaci**Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:** FARMACI PER LA TERAPIA HIV

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:**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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 a 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:**

3.15 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:**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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/conflicto 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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo 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 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SECONDA SEZIONE

DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

Nome: MAURO

Cognome: ZACCARELLI

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:

- 2) **ho svolto la seguente attività retribuita per attività di consulenza e prestazioni professionali risultanti da uno specifico contratto con l'azienda farmaceutica, indicando la tipologia del servizio prestato (ad esempio produzione di farmaco/dispositivo medico o sanitario/altra tecnologia sanitaria o ricezione fondi di ricerca sotto forma di contratti di ogni genere, doni, ricerche commissionate o borse di studio da parte di sponsor/azienda farmaceutica/produttore/ organizzazione sanitaria).**

Attività: Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

Entità: oltre 10.000 euro lordi

Quota percepita direttamente: Euro 1000

Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera: Euro 11307

Dal: 01/2016

Al: 12/2016

Attività: Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

Entità: da 1001 euro a 5000 lordi

Quota percepita direttamente: Euro 4540



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera: Euro 0

Dal: 01/2018

Al: 10/2018

Attività: Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

Entità: oltre 10.000 euro lordi

Quota percepita direttamente: Euro 12900

Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera: Euro 0

Dal: 01/2017

Al: 12/2017

3) ho percepito il seguente finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali (quota di iscrizione o delle spese di viaggio, alloggio e soggiorno), da sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria.

Attività: Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di azienda farmaceutica

Entità: da 500,00 euro a 1000 lordi

Quota percepita direttamente: N/d

Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera: Euro 0

Dal: 11/2018

Al: 11/2018

Attività: Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di azienda



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

farmaceutica

Entità: da 500,00 euro a 1000 lordi

Quota percepita direttamente: N/d

Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera: Euro 0

Dal: 10/2018

Al: 10/2018

Attività: Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di azienda farmaceutica

Entità: da 1001 euro a 5000 lordi

Quota percepita direttamente: N/d

Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera: Euro 0

Dal: 02/2017

Al: 02/2017

Attività: Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di azienda farmaceutica

Entità: da 1001 euro a 5000 lordi

Quota percepita direttamente: N/d

Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera: Euro 0

Dal: 10/2016

Al: 10/2016

Attività: Finanziamento diretto derivante dal pagamento



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

delle spese congressuali da parte di azienda
farmaceutica

Entità: da 1001 euro a 5000 lordi

Quota percepita direttamente: N/d

**Quota percepita per il tramite e/o
dall'ente/organizzazione in cui si
opera:** Euro 0

Dal: 02/2016

Al: 02/2016

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

Nessuno

Data 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo 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 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

TERZA SEZIONE

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

Nome: MAURO

Cognome: ZACCARELLI

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 25 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI*

Dati evento 1

5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Health Data Consulting per Conto di ViiV Healthca

5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

PROVID

5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Via Morgen 27, Tori

5.2.1. Viaggio

No

5.2.2. Alloggio



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

No

5.2.3. Spese di soggiorno

No

5.2.4. Indennità per il contributo all'evento

Si

5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

1 giorno

5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

5.3.3. LUOGO

Ro

NOTE:

Corso ECM sulle nuove sostanze d'abuso e loro implicazioni

Dati evento 2

5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

PKG per conto di Janssen Cil

5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

PROVID

5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Vi G del Pian dei Carpini 96, Firen

5.2.1. Viaggio

1. Tipo: treno

Categoria: Business

5.2.2. Alloggio

1. Hotel:

Stelle: 4



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Pernottamenti: 1

5.2.3. Spese di soggiorno

Sì in parte

5.2.4. Indennità per il contributo all'evento

Si

5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

9 Maggio 2018

5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

5.3.3. LUOGO

Firen

NOTE:

Corso ECM sulla Terapia dell' infezione da HIV

Dati evento 3

5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Merck Sharp & Doh

5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

CASA FARMACEUTI

5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

5.2.1. Viaggio

1. Tipo: treno

Categoria: Business

5.2.2. Alloggio

No

5.2.3. Spese di soggiorno

No



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

5.2.4. Indennità per il contributo all'evento

Si

5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

20 Giugno 2018

5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

5.3.3. LUOGO

Mila

NOTE:

Consulenza , Advisory Board sulla terapia antiretrovirale

Dati evento 4

5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Janssen-Cil

5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

CASA FARMACEUTI

5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

5.2.1. Viaggio

No

5.2.2. Alloggio

No

5.2.3. Spese di soggiorno

No

5.2.4. Indennità per il contributo all'evento

No

5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

12 Giugno 2018

5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

5.3.3. LUOGO

Ro

NOTE:

Consulenza, Advisory Board sulla terapia dell'infezione da HIV

Dati evento 5

5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Effetti per conto di Gilead Scien

5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

PROVID

5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Via Gallarate 10p6, Mila

5.2.1. Viaggio

No

5.2.2. Alloggio

No

5.2.3. Spese di soggiorno

No

5.2.4. Indennità per il contributo all'evento

Si

5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

15 Dicembre 2018

5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

5.3.3. LUOGO

Ro

NOTE:

Corso ECM sulla terapia per infezione da HIV e HCV

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 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***

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 25 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI***





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

QUARTA SEZIONE

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

Nome: MAURO

Cognome: ZACCARELLI

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 terzi². Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

SI NO

Data 25 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
MAURO ZACCARELLI*

Dati evento 1

6.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Tresj per conto di Gilead Scien

6.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

PROVID

6.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

Via degli Eroi di Cefalonia 292, Ro

6.2.1. Viaggio

No

6.2.2. Alloggio



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

No

6.2.3. Spese di soggiorno

No

6.2.4. Indennità per il contributo all'evento

Si

6.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

4-5 Aprile 2018

6.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

6.3.3. LUOGO

Ro

NOTE:

Corso ECM sulla terapia antiretrovirale

Dati evento 2

6.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.2.1. Viaggio

No

6.2.2. Alloggio

No

6.2.3. Spese di soggiorno

No

6.2.4. Indennità per il contributo all'evento

No



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

6.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

6.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

6.3.3. LUOGO

NOTE:

Dati evento 3

6.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.2.1. Viaggio

No

6.2.2. Alloggio

No

6.2.3. Spese di soggiorno

No

6.2.4. Indennità per il contributo all'evento

No

6.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

6.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

6.3.3. LUOGO

NOTE:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Dati evento 4

6.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.2.1. Viaggio

No

6.2.2. Alloggio

No

6.2.3. Spese di soggiorno

No

6.2.4. Indennità per il contributo all'evento

No

6.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

6.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

6.3.3. LUOGO

NOTE:

Dati evento 5

6.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

6.2.1. Viaggio



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

No

6.2.2. Alloggio

No

6.2.3. Spese di soggiorno

No

6.2.4. Indennità per il contributo all'evento

No

6.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

6.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

6.3.3. LUOGO

NOTE: