

**All'Assemblea Generale dell'Alleanza italiana
per le malattie cardio-cerebrovascolari**

Per il tramite della Segreteria
Ministero della Salute
Direzione generale della prevenzione sanitaria
Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma

La scrivente.....

con sede.....

rappresentata legalmente da

chiede

- di poter aderire all'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari;

dichiara

- di aver preso visione e di accettare senza riserve il Documento di strategia ed il Regolamento;
- di condividere le finalità dell'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, espresse nel Documento di strategia, e di voler contribuire alla realizzazione degli obiettivi comuni previsti dalla stessa;

si impegna a

- osservare con scrupolo il Regolamento dell'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari;
- utilizzare il nome dell'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari esclusivamente per le finalità dell'Alleanza e secondo quanto previsto dal Regolamento e, comunque, mai per attività che abbiano scopo di lucro, anche indiretto;

prende atto

- che la richiesta di adesione deve essere accompagnata dalla presentazione delle attività svolte dalla scrivente di cui all'Allegato 1 e delle dichiarazioni di cui all'Allegato 2;
- che la richiesta di adesione è subordinata all'accettazione da parte dell'Assemblea Generale dell'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, come previsto dall'art.2, comma 3, del Regolamento.

Data

Il rappresentante legale

Campi da compilare obbligatoriamente¹

SOCIETA'/ASSOCIAZIONE/FEDERAZIONE/ENTE:

SEDE: _____

TEL: _____

E-MAIL: _____

SITO: _____

NUMERO ISCRITTI: _____

Rappresenta legalmente da: _____

Ulteriori informazioni: _____

La Società/Associazione/Federazione/Ente può essere indicizzata come:

1	Società di cardiologia	
2	Società cerebrovascolari	
3	Società di pediatria	
4	Società del territorio	
5	Federazioni della Farmacia	
6	Associazioni pazienti cardiologia	
7	Associazioni pazienti cerebrovascolari	
8	Area medicina interna, sanità pubblica e nuove tecnologie	

Barrare una sola casella

¹ L'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione, si impegna in caso di variazioni ad informare tempestivamente l'Alleanza, comunicando alla segreteria i dati aggiornati. Tutti i dati forniti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di Privacy.

Si prega di voler tracciare una breve descrizione dell'Associazione/Società /Ente seguendo, ove possibile il seguente schema:

Storia

Mission

Attività

Organizzazione

Adesioni

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a:

nato/a prov. il

in qualità di rappresentante legale dell' Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione
:.....

con riferimento alla partecipazione all'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, istituita presso il Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria

CONSAPEVOLE

delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000, e s.m.i., per le ipotesi di rilascio di dichiarazioni mendaci o formazione o uso di atti falsi, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del medesimo d.P.R.

INFORMATO

ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196 del 2003, e s.m.i che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

Sez. A
<input type="checkbox"/> che l'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione che rappresenta non ha conflitti di interessi con l'azione dell'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari che possano pregiudicare le finalità da essa previste;
<input type="checkbox"/> che l'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione che rappresenta non ha rapporti economici e/o di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali delle industrie produttrici di prodotti del tabacco e succedanei, che possano determinare un conflitto di interessi con l'azione dell'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari e/o pregiudicare le finalità da essa previste;

Sez. B
Dichiara, altresì (BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE)
<input type="checkbox"/> che l'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione che rappresenta non ha rapporti economici e/o di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.
OPPURE
<input type="checkbox"/> che l'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione che rappresenta ha rapporti economici e/o di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: _____ _____ _____ _____ _____

SI IMPEGNA
<input type="checkbox"/> a dare tempestiva comunicazione al Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria, di situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, di qualsiasi natura, che possano eventualmente insorgere nel corso della partecipazione all'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari e a rispettare le determinazioni che il Ministero della Salute assumerà in merito alla situazione di conflitto emersa.
<input type="checkbox"/> ad astenersi dal partecipare alle discussioni e alle deliberazioni in merito ad argomenti per i quali sussista una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi, di qualsiasi natura, e in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Luogo e data _____

FIRMA _____