



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI, IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA E CONSENSO  
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI COMPONENTI E DELLA SEGRETERIA  
TECNICO-SCIENTIFICA DEL COMITATO ETICO SARDEGNA**

*Questo documento consiste di quattro parti, i suoi **Dettagli Personali**, la **Dichiarazione Pubblica di Interessi**, l'**Impegno alla Riservatezza** e il **Consenso al trattamento dei dati personali**. Tutte le parti devono essere debitamente compilate. **Tutte le pagine devono essere firmate e datate**. Eventuali campi non pertinenti o applicabili devono essere comunque barrati. Se il documento è compilato a mano, assicurarsi che le informazioni richieste siano scritte in maniera leggibile.*

*Il presente modulo deve essere compilato annualmente*

**DETTAGLI PERSONALI**

Io, (Titolo) (Nome) **NINFA ANTONIA** (Cognome) **DI CARA**

Nazionalità **ITALIANA**

Azienda o Istituzione di appartenenza/riferimento **ULTIMO IMPIEGO ARES**

Indirizzo professionale

Indirizzo e-mail **NINFA.DICARA2@GMAIL.COM**

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, in fede dichiaro di aver preso visione di quanto riportato nella sezione "DEFINIZIONI ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE" presente nella parte finale del presente documento e di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli di seguito elencati:

**Tabella 1. DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI <sup>1</sup>**

Comitato Etico Territoriale Sardegna - Sardegna Salute - Area operatori - Comitato Etico Sardegna  
PEC [san.dgsan@pec.regione.sardegna.it](mailto:san.dgsan@pec.regione.sardegna.it)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Interessi nell'industria farmaceutica	NO	Attualmente	Da 0 a 3 anni precedenti	oltre 3 anni precedenti
<b>INTERESSI DIRETTI:</b>				
Impiego per una società: altre attività	X			
Consulenza per una società	X			
Consulente strategico per una società	X			
Interessi finanziari	X			
Titolarità di un brevetto	X			
<b>INTERESSI INDIRETTI:</b>				
Sperimentatore principale	X			
Sperimentatore	X			
Sovvenzioni o altri fondi finanziari	X			
Interessi Familiari	X			
I soggetti che collaborano alle attività dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale sono tenuti a dichiarare anche gli interessi, diretti o indiretti, del coniuge o del convivente, nonché dei parenti ascendenti e discendenti entro il primo grado di parentela.				

Firma: Prof. D. Cusi

Data: 12/03/2024

<sup>1</sup> Selezionando una qualsiasi casella nella parte grigia (interessi dichiarati), si dovranno fornire nelle pagine successive informazioni aggiuntive riguardanti l'azienda e i prodotti. Dichiarando un interesse nella tabella ma non fornendo le informazioni pertinenti nelle pagine successive, il modulo sarà restituito affinché venga completato.





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**Tabella 2. DETTAGLI DELLA DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI**

da compilare per tutte quelle voci per le quali si è selezionata una casella grigia in Tabella 1, altrimenti barrare comunque la casella ed apporre in calce data e firma

	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività/prodotto	Indicazione terapeutica
Impiego in una società	X	X	X	X
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività/prodotto	Indicazione terapeutica
Consulenza per una società	X	X	X	X
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica
Consulente strategico per una società	X	X	X	X
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia degli interessi finanziari	
Interessi finanziari	X	X	X	
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica
Titolarità di un brevetto	X	X	X	X

Firma: Luigi De Luca

Data: 12/03/2024



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**Tabella 2. DETTAGLI DELLA DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI (segue)**

da compilare per tutte quelle voci per le quali si è selezionata una casella grigia in Tabella 1,  
**altrimenti barrare comunque la casella ed apporre in calce data e firma**

	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica
Sperimentatore principale	X	X	X	X
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica
Sperimentatore	X	X	X	X
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia dell'interesse	
Sovvenzioni o altri fondi finanziari	X	X	X	
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia dell'interesse	
Interessi familiari	X	X	X	

Firma: Dr. M. P. S. P.

Data: 12/03/2021





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Oltre agli interessi sopra dichiarati, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e delle sanzioni previste all'art.15 del Regolamento per la disciplina dei conflitti di interesse all'interno dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, in fede dichiaro di NON DETENERE nessun altro interesse o fatto di cui ritengo debbano essere portati a conoscenza il CET e il pubblico.

In caso di qualsiasi altro interesse o fatto, specificare di seguito:

Nel caso ci fosse qualsiasi cambiamento a quanto sopra dichiarato dovuto alla mia acquisizione di interessi aggiuntivi, sarà mia cura notificarli prontamente al CET e compilare una nuova Dichiarazione di Interessi specificando i cambiamenti.

Questa dichiarazione non mi esenta dall'obbligo di dichiarare qualsiasi potenziale conflitto di interesse che si dovesse presentare all'inizio o nel corso di qualsiasi attività del CET alla quale io parteciperò.

Firma: Luigi Di Piero

Data: 12/03/2024



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## **IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA**

**In considerazione delle seguenti definizioni:**

**“Attività del Comitato Etico Sardegna”** comprende qualsiasi riunione (incluse riunioni preparatorie e di *follow-up*, discussioni o qualsiasi altra attività correlata) dei Componenti e della Segreteria Tecnico-Scientifica del Comitato Etico Sardegna, di gruppi di esperti o qualsiasi riunione equiparata, che operi come gruppo esperto su valutazioni scientifiche.

**“Informazioni Confidenziali”** comprende tutte le informazioni, fatti, dati ed ogni altro argomento di cui io vengo a conoscenza, direttamente o indirettamente, come risultato della mia partecipazione alle attività del Comitato Etico Sardegna presso l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale.

**“Documentazione Confidenziale”** comprende tutte le bozze, informazioni preparatorie, documenti o ogni altro materiale, insieme a qualunque altra informazione ivi contenuta, ai quali io abbia accesso, direttamente o indirettamente, come risultato della mia partecipazione alle attività del CET Sardegna.

Inoltre, qualsiasi registrazione o nota da me fatta riguardo a informazioni confidenziali o documentazione confidenziale sarà trattata come documentazione confidenziale.

Mi impegno:

1. a trattare tutte le informazioni confidenziali e la documentazione confidenziale in condizioni di stretta riservatezza;
2. a non rivelare (o autorizzare qualsiasi persona a rivelare) in ogni modo a qualsiasi parte terza qualunque informazione confidenziale o documentazione confidenziale;
3. a non usare (o autorizzare qualsiasi persona a usare) qualsiasi informazione confidenziale o documentazione confidenziale;
4. a eliminare la documentazione confidenziale come materiale confidenziale nel momento in cui non abbia più necessità del suo utilizzo.
5. a non divulgare, se non espressamente autorizzato, qualsiasi atto o documento di cui sono venuto in possesso, ovvero ogni informazione a qualunque titolo acquisita in funzione del coinvolgimento nelle attività del CET Sardegna.



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Il rispetto degli obblighi di cui sopra non viene meno con il termine dell'incarico assegnato; pertanto l'impegno non ha limite temporale, ma non si applica ai documenti o alle informazioni che il sottoscritto possa ragionevolmente provare fossero già a sua conoscenza in un periodo precedente la data di sottoscrizione di questo modulo, ovvero che divengano di pubblico dominio per motivo diverso dall'inadempienza di uno degli impegni sopra indicati.

Confermo che le informazioni dichiarate su questo modulo sono accurate per quanto di mia conoscenza e acconsento che queste informazioni siano conservate anche elettronicamente e, se ritenuto opportuno dalla Segreteria Tecnico Scientifica del CET Sardegna e pubblicate sulla pagina web **Sardegna Salute - Area operatori - Comitato Etico Sardegna**.

Firma: .....

Data: .....

12/04/2024

**CONSENSO al trattamento dei dati personali**

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa ex art. 13, D. Lgs. N. 196/2003 (Codice Privacy).

Dichiaro altresì di essere consapevole che in caso di mancata sottoscrizione della presente dichiarazione il mio nominativo non potrà essere inserito nel Comitato Etico Sardegna o nella Segreteria Tecnico-Scientifica del Comitato Etico Sardegna ed io non potrò partecipare a nessuna delle attività ad esse correlata.

Firma: .....

Data: .....

12/04/2024